Tom V. Listopad 1903. № 11.

Czasopismo Lekarskie



Ś. P. WŁODZIMIERZ BRODOWSKI.

Rz. Radca Stanu.

Doktór Medycyny, b. Prof. b. Szkoły Głównej, b. Prof. oraz Dziekan Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, Sekretarz Stały Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

zmarł w 80 roku życia d. 27 Października r. b.



Ś. P. ADAM GLISZCZYŃSKI

Doktór Medycyny, b. Prof. Szkoły Głównej i Uniwersytetu Warszawskiego

zmarł, przeżywszy lat 73, w dniu 29 Października r. b.

Sprawozdanie

Z ODDZIAŁU POŁOŻNICZEGO

przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi

za lata 1900, 1901 i 1902.

(Podług odczytu wygłoszonego w Tow. Lek. Łódzk. w dniu 18 Listopada 1903 r.)

Podał Dr. **Józef Saks.**

Przed laty trzema zdawałem sprawę na łamach „Czasopisma" z działalności oddziału położniczego przy szpitalu im. małż. Poznańskich; dziś zamierzam znów podzielić się z czytelnikami szeregiem cyfr i uwag, z opracowania materyału trzechletniego wypływających.

Poza kwestyami specyalnemi, interesującemi dla kolegów położnictwem się zajmujących, w sprawozdaniu niniejszem znajdzie się sporo faktów, ciekawych dla lekarzy, zdala od położnictwa

stojących. Jeżeli przypomnę, ze w oddziałach położniczych odbywają porody ofiary gwałtów, fałszywych obietnic, wyzysku, zrozumiemy, że poza cyframi ukrywa się niejedna tragedya wzruszająca, obnażająca nam pewne rany społeczne, zwykle niewidoczne.

Oddział położniczy składa się z dużej sali o 5 łóżkach dla położnic i ładnej sali porodowej, zaopatrzonej w specyalne łóżko porodowe, stół operacyjny, umywalnię z wodą zimną i ciepłą. Przy każdem łóżku znajduje się koszyczek na kółkach dla dzieci (dawniej trzymała położnica dzieci przy sobie, to też były notowane przypadki mimowolnego zaduszenia dzieci). Od $1\frac{1}{2}$ roku posiadam oddzielną salę dla gorączkujących, której brak był krzyczącą anomalią dawniej i spowodował kilka przypadków zakażenia położnic, na szczęście z zejściem pomyślnem.

Na oddział położniczy są przyjmowane rodzące, roniące i chore z powikłaniami ciąży. Rodząca zostaje przyjęta w każdej chwili, czy to dniem czy nocą; nawet bez wszelkich dowodów osobistych—rozpoczynający się poród stanowi kwalifikacyę. Często zgłaszają się chore z t. zw. fałszywymi bólami; te chore bywają przetrzymywane przez kilkanaście godzin i na wypadek braku bólów prawdziwych—zostają wypisane. Niejednokrotnie się zdarza, że zgłaszają się chore z fałszywemi skargami na bóle porodowe; biedaczki uciekają się do tego wybiegu, aby módz znaleźć przytułek w szpitalu, jako niezdolne do żadnej pracy zarobkowej i niemające środków na zamieszkanie u kogoś. Wbrew własnym uczuciom zmuszeni jesteśmy, po przetrzymaniu takich biedaczek przez 2—3 dni, wypisywać je; brak bowiew miejsca nie pozwala nam na przetrzymywanie ciężarnych, nie dotkniętych żadną sprawą chorobową.

Przybywająca z miasta rodząca otrzymuje kąpiel i czystą bieliznę (nie uważam za właściwe zaniechać kąpieli u rodzących w naszej sferze chorych, jak to niektórzy autorowie zalecają; tembardziej, że szkodliwość kąpieli nie jest bynajmniej kwestyą zdecydowaną), poczem dostaje lawatywę opróżniającą, po której zostają obmyte narządy płciowe zewnętrzne i okolica otworu stolcowego; żadnych przemywań pochwy się nie robi.

W czasie sprawozdawczym korzystało z oddziału położniczego 397 osób (w r. 1900—132, w r. 1901—118 *), w r. 1902—147), zatem o wiele więcej, niż w trzechleciu ubiegłem, w którem mieliśmy 161 chorych, Aczkolwiek ilość kobiet zamężnych, korzystających z oddziału położniczego, stale wzrasta, co należy powitać, jako objaw b. pożądany, cyfrę teraźniejszą kobiet zamężnych korzystających z dobrodziejstw pomocy szpitalnej, należy uważać za b. nizką.

Pora roku nie wpływa u nas na ilość porodów; w jednym

---

[2]) W r. 1901 oddział był zamknięty przez 4 tygodnie z powodu gruntownego remontu.

miesiącu więcej chorych bywało, w drugim roku — w innym.

Rodzaje cierpień, jakiemi były dotknięte chore w czasie omawianym, przedstawiają się w sposób następujący. W roku 1900 mieliśmy 107 rodzących, 10 osób roniących, 2 osoby, dotknięte krwawieniami podczas ciąży, 2 osoby, dotknięte dolegliwościami, zależnemi od ciąży, 10 osób, dotkniętych krwawieniem po poronieniach i jedną nakoniec osobę, przybyłą po porodzie.

W roku 1901 - rodzących było 93 osoby, roniących 6, dotkniętych krwawieniami po porodzie 2 osoby, krwawiących podczas ciąży jedna, dotkniętych zboczeniami, zależnemi od ciąży 4 osoby; resztki po poronieniach zanotowano u 8 osób, po porodzie przybyły dwie osoby; zatrzymania łożyska po poronieniu i obumarciż płodu zanotowano po jednym przypadku.

W roku 1902 zanotowano porodów 123, poronień 6, resztek po poronieniach 4 przypadki; 5 osób przybyło po porodzie; dolegliwości ciąży zanotowano 2 razy, abortus imminens raz, poród przedwczesny sztucznie wywołany raz.

Co się tyczy wieku chorych, korzystających z naszego oddziału, przedstawia się on w sposób następujący: 15-letnich mieliśmy 2 rodzące i jedną roniącę, 16 letnich aż 11, wyłącznie dziewczą 17 letnich - 17, 18 letnich—37, z nich jedna dziewczyna zdążyła rodzić już poraz drugi, 19 letnich - 34, pomiędzy niemi 3 dziewcząt zdołało już rodzić po raz drugi; 20-letnich—24 (jedna dziewczyna drugorodząca; 21 letnich—24; od 22 - 25 lat 75 osób; od 25 do 30 lat 83 osoby. od 30 - 35 lat 28, od 35—40 lat 33, między niemi jedna 37 letnia pierwiastka, która zaszła od 17 letniego młokosa; powyżej 40 lat mieliśmy 7 kobiet.

Najwięcej przypadało osób na pierwszorodzące, aż 179, rzecz zresztą zwykła w instytucyach publicznych; drugorądzących mieliśmy 80 osób, po raz trzeci rodzących - 25, czwarty raz rodzących 15, więcej razy rodzących 37 osób.

Co się tyczy wyznania, znakomicie przeważały żydówki (351), chrześcianek korzystało z naszego oddziału tylko 55, rzecz zresztą zrozumiała, szpital bowiem nasz ma charakter wyznaniowy.

Pod względem zajęć przedstawia się kontyngens naszych chorych w następujący sposób: kucharek było 121, handlarek ulicznych 21, służących 22, robotnic fabrycznych—23 (cyfra niżka tłomaczy się rozpowszechnionemi w tej sferze poronieniami, sztucznemi i wyjazdami poza Łódź na wypadek porodu), mieszkających przy rodzicach bez określonego zajęcia - 5 osób, szwaczek—5 (w naszej zatem statystyce szwaczki cieszące się złą opinią, nie zajmują wybitnego miejsca) krawcowych - 1, jedną gospodynie, 4 żebraczki, 83 osoby bez określonego zajęcia, mieszkających przy mężu 57, jedna akuszerka, trzy prostytutki, dwie bony, jedna fryzyerka. trzy praczki; jedna kelnerka, sześć handlarek ulicznych, porzuconych przez mężów.

Niezamężnych było 178 osób, zamężnych 168, wątpliwych, z których zresztą wszystkie wydawały się za zamężne, zanotowano 40 osób; w ostatniem zatem trzechleciu znakomicie wzrosła

roku w jednym miesiącu więcej chorych bywało, ilość kobiet zamężnych, korzystających z naszego oddziału; dodać jednak zaraz winienem że i dotychczas odbywają porody w szpitalu przeważnie kobiety, zniewolone ubóstwem, porzucone przez mężów lub skierowane do szpitala w przypadkach porodów patologicznych; bardzo skromna jest liczba takich, które opuszczają dom swój w celu odbycia porodu w szpitalu, jako miejscu bezpieczniejszem. Na niechęć odbycia porodu normalnego w szpitalu, panującą w szerokich sferach biednej ludności miejscowej, składa się wiele czynników, którym trudno odmówić pewnego uzasadnienia. Większość zgoła nie pojmuje niebezpieczeństwa, grożącego rodzącej przy nieumiejętnej pomocy akuszeryjnej i przy opłakanych warunkach higienicznych ich mieszkań i powikłania połogowe w postaci gorączki połogowej są uważane za dopust Boży. Rygor szpitalny, izolujący niejako rodzącą od rodziny, zachęcająco na korzystanie ze szpitala nie wpływa; pozostawienie dzieci na łasce lósu lub sąsiadów na wypadek udania się do szpitala również zniechęca większość kobiet do szpitala nakoniec, wspólne przebywanie z dziewczętami, upadłemi według pojęć współczesnych istotami za cóś poniżającego uważane bywa; stwierdzić jednak winienem fakt, że z chwilą znajdowania się wspólnego kobiet z dziewczętami, stosunki wzajemne kształtują się b. dobrze i nigdy jeszcze nie słyszałem skarg na krzywdzące zachowywanie się kobiet zamężnych względem dziewcząt. Zagranicą powstał w ostatnich czasach pewien ruch, starający się z dość pomyślnemi rezultatami, usunąć wiele przeszkód, powyżej wymienionych, przez tworzenie t. zw. Wöchnerinen-asyle wyłącznie dla zamężnych kobiet, lecz uważam za zbyteczne obszerniej w tem miejscu w tej sprawie mówić.

Interesującą jest w pewnym stopniu statystyka osób, od których dziewczęta w ciążę zachodziły. Przeważają znakomicie owi pseudo-narzeczeni, obiecujący się żenić, ulatniający się zaś, jak kamfora, z chwilą zajścia w ciążę dziewczęcia; b. poczesne miejsce w sensie dbałości o powiększenie ludności zajmują chlebodawcy lub ich synowie; węzły pokrewieństwa też nie stawały na przeszkodzie stosunkom płciowym—jedna 17-letnia dziewczyna zaszła od wujaszka swego, u którego pracowała; druga 18-letnia zaszła od szwagra, inna twierdziła, że zgwałconą została przez wujaszka, czwarta żyła przez czas dłuższy z kuzynem; zanotować w tem miejscu winienem fakt, w pewnym stopniu nieoczekiwany, że nieznaczna była ilość dziewcząt, które przedstawiały ciążę swą, jako rezultat gwałtu. Jeden przypadek zgwałcenia dziewczyny, z rodziny względnie przyzwoitej, b. smutnie się zakończył: dziewczę owo bowiem dotknięte było wadą serca, która podczas ciąży bardzo się wzmogła; poród przebiegł względnie pomyślnie, w okresie połogowym chora nagle w ciągu kilku minut zapewne wskutek zatoru (embolus) tętnicy płucnej życie zakończyła. Rozpacz rodziców, tracących przy takich okolicznościach, jedyne dziecko była niezmierna i po dziś dzień jest mi dobrze pamiętna.

Lata rozpoczynania życia płciowego rozmaicie były podawane; kilka dziewcząt podawało rok 13, b. wiele dziewcząt rozpoczynało życie płciowe w 14 roku, 15 i 16 rok jest zjawiskiem b. częstem, należy przyznać, nie b. pocieszającem. Winienem tu stwierdzić, że nie nędza skłaniała większość do oddawania się mężczyznom w wieku tak wczesnym, lecz brak opieki, niepojmowanie należyte ewentualnych skutków oddania się możczyznie lub łechcące próżność kobiecą upominki.

Przeważnie korzystały z naszego oddziału mieszkanki miejscowe, ilość ich wynosiła 343 osób, 38 tylko było osób ptzyjezdnych z miast różnorodnych; okolicznych. — Ozorkowa, Zgierza, Łęczycy i t. d., również i dalszych, bo Kielc, Radomia, Krośniewic, Gombina i t. d.

Przeważały w czasie sprawożdawczym porody czasowe, bo w liczbie 284, porodów przedwczesnych mieliśmy 43, poronień zaś 45.

Położenia płodów podczas porodu przedstawiają się w sposób następujący: czaszkowych położeń było 284, pośladkowych 3, twarzowych — 2, nóżkowych — 7, czaszkowych z wypadnięciem rączki obok główki 10, ukośnych z wypadnięciem rączki 4, ukośnych z wypadnięciem pępowiny i rączki — 2. Poród bliźniaczy obserwowaliśmy w czasie oznaczonym raz tylko; oba płody zajmowały położenie czaszkowe.

Chłopców urodziło się 171, dziewcząt zaś 151; żywych dzieci otrzymaliśmy 232, martwych aż 52; z nich zmacerowanych urodziło się 11, 8 po wymóżdzeniu, w 6 przypadkach otrzymano nieżywe dzieci przy obrotach i ekstrakcyi uciążliwej; w kilku przypadkach dzieci nie żyły już przed operacyą, w 5 przypadkach dzieci urodziły się w 7 mies. ciąży, w 6 przypadkach przy łożysku przodującem (przeważnie dzieci przedwcześnie były zrodzone, w 5 przypadkach po operacyi kleszczowej, w 4 przypadkach przy porodach długotrwałych dobrowolnie przebiegających. W omdleniu, lecz przywróconych do życia urodziło się 36 dzieci, z nich w omdleniu I stopnia t. zw. sinem 31 dzieci, w omdleniu zaś białem 5 dzieci. Co się tyczy badania rodzących, wewnętrzne badanie bywa u nas b. ostrożnie stosowane. Na początku czasu sprawozdawczego, gdy nie stosowaliśmy jeszcze badania zewnętrznego, uciekaliśmy się u każdej rodzącej do badania wewnętrznego, lecz i wtedy rodząca normalnie była w zasadzie raz, najwyżej dwa razy badana; z chwilą zaś wydoskonalenia się akuszerek miejscowych w badaniu zewnętrznem, to ostatnie tylko bywa w zasadzie stosowane, do wewnętrznego badania uciekamy się przy szczegółowem jakiemś wskazaniu. Obszerniej zresztą o tej sprawie mówiłem w innem miejscu. *) W roku 1900 72 rodzące były badane wewnętrznie, 13zaś osób wyłącznie zewnętrznie (w trzecim

*) „O badaniu zewnętrznem rodzących." Medycyna № 38 r. 1902.

kwartale tego roku zaczęliśmy stosowanie badania zewnętrznego), nie badanych zupełnie było 16 osób z powodu b. szybkiego przebiegu porodu. W omawianym czasie 3 razy były popełnione omyłki przy badaniu zewnętrznem: w jednym przypadku rozpoznano położenie czaszkowe, okazało się zaś następnie, że było położenie twarzowe; w drugim przypadku rozpoznano również czaszkowe położenie, z powodu jednak wątpliwości zbadano wewnętrznie, przyczem okazało się położenie ukośne; w trzecim przypadku, rozpoznanym jako położenie czaszkowe, jednocześnie z główką urodziła się i rączka. W roku 1901 wewnętrznie badano 35 rodzących (w pewnej ilości przypadków stosowano badanie wewnętrzne ze względów ubocznych, np. celów dydaktycznych akuszerek), wyłączne badanie zewnętrzne stosowano u 39 rodzących; w 7 przypadkach badanie zewnętrzne nie wydało się bezwzględnie pewnem, badano przeto rodzące i wewnętrznie; w 14 nakoniec przypadkach nie badano wcale rodzących ze względu na szybkie zakończenie porodu. W roku 1902 wewnętrznie badano rodzące 28 razy, wyłącznie badaniem zewnętrznem zadowolniono się aż w 77 przypadkach, w 5 przypadkach wątpliwości po badaniu zewnętrznem skłoniły nas do badania wewnętrznego, w 11 nakoniec przypadkach zbyteczne było wszelkie badanie z powodu szybkiego zakończenia porodu lub przedwczesności porodu.

Dwa razy popełniono w tym roku omyłki rozpoznawcze przy badaniu zewnętrznem: w jednym przypadku rozpoznano czaszkowe położenie, okazało się zaś i wypadnięcię pępowiny obok główki; dziecko urodziło się zresztą żywe, poród bowiem b. prędko się zakończył: w drugim przypadku rozpoznała akuszerka położenie czaszkowe, okazało się następnie, że miało miejsce położenie pośladkowe. Z cyfr wyżej przytoczonych łatwo przekonać się można, że wyłącznc badanie zewnętrzne coraz częściej zastosowanie u nas znajduje, w roku bieżącym procent wyłącznego stosowania badania zewnętrznego jest jeszcze wyższy z powodu coraz większego doskonalenia się w omawianej metodzie akuszerki miejscowej. Tych słów kilka niechaj odpowiedzią będą oponentom, wypowiadającym zdanie, że metoda badania omawiana jest jakoby dla akuszerek nieprzystępną. W znakomitej ilości przypadków porody przebiegały pomyślnie: w roku 1900 12 razy zanotowano b. lekki przebieg porodu, 8 razy mieliśmy w tym czasie t. zw. Sturzgeburt (w jednym przypadku płód wypadł na podłogę podczas oddawania moczu); 6 razy zanotowano porody długotrwałe, jednak dobrowolnie się kończące (porody wymagające zabiegów operacyjnych w innem miejscu omówione będą); 10 razy stwierdzono w roku omawianym skręcenie pępowiny, w jednym przypadku tak silne, że trzeba było nożyczkami przeciąć pępowinę. W roku 1901 10 razy zanotowano lekki przebieg porodu, 7 zaś razy poród gwałtowny; 2 razy chore rodziły podczas rozbierania się, w jednym przypadku urodziła kobieta pewna na korytarzu szpitalnym; 9 razy zanotowano porody długotrwałe, dobrowolnie się kończące; skręcanie pępowiny około szyi zanotowano 9 razy,

w jednym przypadku trzeba było rozciąć pępowinę ze względu na niemożność uwolnienia jej sposobem zwykłym. W roku 1902 31 razy zanotowano lekki przebieg porodu, 6 razy zanotowano partum praecipitatum; 4 razy porody zakończyły się podczas rozbierania, inna chora urodziła na korytarzu szpitala, inna znów podczas oddawania moczu powiła dziecię; ciężki przebieg porodu zanotowano 9 razy. Skręcenie pępowiny o koło szyi zanotowano 3 razy; w jednym przypadku pępowina była aż 3 razy skręconą.

W uprzedniem sprawozdaniu przytaczałem przekonywające przykłady nieświadomości dziewcząt o zajściu przez nich w ciążę: następowanie porodu było dla nich niespodzianką. W czasie sprawozdawczym też widziałem przypadki podobnej nieświadomości. Pozwolę sobie przytoczyć z pośród kilku innych jeden przypadek, dotyczący osoby względnie inteligentnej. Do panny z lepszej rodziny wezwany został lekarz z powodu krwotoku, jaki nawiedził ową pannę. Przy badaniu stwierdza lekarz ciążę 7-mio miesięczną, krwawienie zależało od przodowania łożyska. Chora skierowaną została do szpitala, gdzie dowiedzieliśmy się, że chora nie przypuszczała nawet o możliwości ciąży od niewinnych podług jej zdania zabaw z narzeczonym; zatrzymanie się peryodu tłomaczyła sobie przeziębieniem.

Teraz pozwolę sobie zająć uwagę czytelników kwestyą czasu od porodu dziecka do wyjścia łożyska. Winienem w tem miejscu zwrócić uwagę na niewłaściwe stosowanie metody Cred'ego nietylko przez akuszerki, ale i wielu lekarzy. Większość akuszerek uważa za pożyteczne, ba nawet za konieczne, ugniatanie macicy w kilka minut po porodzie w celu usunięcia łożyska - sposób postępowania nader niewłaściwy. Ugniatanie macicy podług sposobu Cred'ego winno znaleźć zastosowanie wówczas dopiero, gdy łożysko jest już oddzielone, ma ono bowiem na celu wyciśnięcie łożyska już oddzielonego, przedwczesne zaś ugniatanie macicy tylko szkodę przynieść może, ułatwia ono bowiem pozostawienia u macicy nieoddzielonej części łożyska i naruszając fizyologiczną czynność macicy, krwawienie następcze łatwo spowodować może. U nas na oddziale ugniatanie macicy podług Crede'go dopiero po 30 minutach od czasu narodzin dziecka stosowane bywa, wyjątkowo wcześniej; gdy krwawienie obfitsze występuje.

Skarzyć się na wyczekujące postępowanie nasze powodu nie mamy, jak niżej się przekonamy.

W roku 1900 czas oddzielania się łożyska przedstawiał się w sposób następujący: w kilka minut po porodzie odchodziło łożysko w 7 przypadkach, po 10 minutach w 21 przypadkach; po 15 minutach w 25 przypadkach samo, w 2 zaś według metody Crede'go; po 20 minutach w 21 przypadkach samo, raz zaś według Crede'go; w czasie od 45 minut do godziny w 12 przypadkach.

Obfitych krwotoków w oznaczonym czasie nie mieliśmy ani jednego przypadku, w 9 przypadkach zanotowano obfitszy niż

normalnie upływ krwi przed lub po odejściu łożyska; 4 razy w roku omawianym ręcznie wydobywałem popłód.

W roku 1901—16 razy łożysko wychodziło samo natychmiast po narodzinach dziecka, po 5 minutach w 2 przypadkach (w jednym z tych przypadków dość obfite krwawienie po odejściu łożyska, ustępujące zresztą od łyżeczki ergotyny i lekkiego masażu macicy); po 10 minutach łożysko wyszło dobrowolnie 16 razy, metoda zaś Crede'go 6 razy była stosowana z powodu obfitszej wydzieliny krwawej; po 15 minutach łożysko odchodziło samo 12 razy, z metodą Crede'go 2 razy; po 20 minutach samo 3 razy, według metody Crede'go 3 razy; po 30 minutach samo w 8 przypadkach, według metody Crede'go w 5 przypadkach; po 45 minutach samo w 7 przypadkach, według metody Crede'go w 2 przypadkach; po godzinie samo 4 razy, według met. Cred. 2 razy, 3 razy odchodziło łożysko po 1½ godzinie według met. Crede'go, raz po 2 godzinach przy pomocy met. Cred.; w innym przypadku po 2 godzinnem wyczekiwaniu i metoda Crede'go była bezskuteczna, w lekkiej jednak narkozie udało się łożysko wycisnąć. Chciałbym w tem miejscu zaakcentować korzyść uśpienia lekkiego, podczas którego często udaje się wycisnąś łożysko, zwykłymi sposobami zewnętrznymi nie dające się wycisnąć. Przyjąwszy pod uwagę niebezpieczeństwo b. poważne, związane z ręcznem usuwaniem popłodu, niestety zbyt lekceważone w praktyce, należało by zawsze stosować wyżej wspomniany sposób przed przystąpieniem do ręcznego usuwania popłodu. Ręcznie łożysko było usuwane w roku omawianym raz tylko w 50 minutach po porodzie, u kobiety dotkniętej rzucawką.

Obfitych krwawień poporodowych i w roku omawianym też nie mieliśmy do zanotowania.

W roku 1902—10 razy odchodziło łożysko prawie jednocześnie z dzieckiem, w 6 przypadkach zmuszeni byliśmy stosować metodę Crede'go w kilka minut po narodzinach dziecka z powodu obfitych krwawień (4 razy mieliśmy do czynienia z plac. praevia; po 5 minutach—4 razy łożysko samo odchodziło, raz zaś według metody Crede'go; po 10 minutach—4 razy samo, 2 razy według met. Crede'go po 15 minutach—7 razy samo, 2 razy według Crede'go; po 20 minutach—raz dobrowolnie, raz przy pomocy met. Crede'go; po 30 minntach—6 razy dobrowolnie 4 razy przy pomocy met. Crede'go; po 45 minutach—2 razy przy pomocy met. Crede'go, po godzinie—15 razy dobrowolnie, 38 zaś razy przy pomocy met. Crede'go.

W żadnym przypadku oczekiwania nawet godziny z zastosowaniem met. Crede'go nie widzieliśmy ujemnego wpływu. W jednym przypadku odeszło łożysko dobrowolnie dopiero po 8 godzinach (metoda Crede'go była bezskuteczną)—czekano tak długo, nie było bowiem krwawienia: w 3 przypadkach, gdy przy pomocy sposobu Crede'go nie udało się wycisnąć łożyska (raz w 3 godziny po porodzie, dwa razy zaś po 1½ godzinie)—w lekkiem uśpieniu natychmiast udało się je wycisnąć. Ręcznie usuwano po-

płód w tym roku 3 razy; raz przy cięciu cesarskiem, co jest niejako momentem operacyjnym, drugi raz w godzinę po porodzie (wymóżdzenie)—z powodu krwawienia; w trzeciem przypadku usuwał popłód ciąży trzech miesięcznej kol. M. Kohn w 3½ godzin po odejściu płodu trzechmiesięcznego. Za cały zatem czas sprawozdawczy nie mieliśmy do zanotowania przypadku gwałtownego krwotoku poporodowego wymagającego zabiegów energicznych w rodzaju tamponacyi macicy; w jednym tylko przypadku chora umarła zaraz po porodzie przy objawach krwawienia macicznego; była to chora, przeniesiona na oddział położniczy w stanie niezmiernego wycieńczenia z oddziału wewnętrznego, gdzie znajdowała się już czas dłuższy z powodu silnej żółtaczki, phlegmasiae albae prawej nogi, licznych wybroczyn krwawych pod skórą i krwawień z ust i nosa; urodziła ona przedwcześnie w VII miesiącu ciąży płód martwy; po porodzie zaczęła się wydzielać z narządów rodzajnych obficie płynna krew; jednocześnie, jak już wyżej wspomniałem, szła krew z ust i nosa. Chora w kilka minut po porodzie umarła, nim zdążono przystąpić do tamponacyi macicy, co było by zresztą bezcelowem ze względu na agonię chorej już przed krwawieniem z macicy.

Rzecz zrozumiała. że na tak znaczną ilość porodów niektóre były powikłane cierpieniami postronnemi matki, w większym lub mniejszym stopniu wpływającemi na przebieg porodu. Sporo kobiet dotkniętych było przewlekłemi cierpieniami płuc w postaci bronchitów i bronchiolitów, nie odbijających się zresztą na przebiegu porodu i okresie poporodowym. W jednym przypadku 19 letnia kobieta, pierwszy raz w ciąży będąca, dotknięta była bronchopneumonią na tle gruźliczem, która w miarę posuwania się ciąży, wywołała tak silną duszność, że konieczne było wywołane poronienia sztucznego. W trzech przypadkach poród był powikłany gruźlicą płuc i krtani; na przebieg porodu cierpienie omawiane wpływu ujemnego nie wywierało, sama zaś sprawa chorobowa we wszystkich przypadkach w okresie połogowym b. znacznie się pogarszała, W jednym przypadku chora dotknięta była silną rozedmą płuc, powikłaną ogromnymi żylakami na nogach, chora rodziła bliźnięta przedwcześnie w 7-ym miesiącu; daleko posunięte cierpienie płucne niewątpliwie przyczynić się mogło do przedwczesnego nastąpienia porodu. W czterech przypadkach chore były dotknięte silnie rozwiniętemi condylomata acuminata, w jednym przypadku chora oprócz tego była dotkięta arthritis fitio-tarsalis na tle rzezączkowem - cierpienia te na przebiegu porodu ujemnie się nie odbijały. Dwa razy chore dotknięte były lepieżami syfilitycznomi; w jednym przypadku chora cierpiała na peliosis rheumatica (dużo bolesnych czerwonych plam na ciele). Jedna 32 letnia VII raz rodząca przybyła do szpitala tak wygłodzona wskutek biedy, że wskutek osłabienia niejednokrotnie omdlewała; jednak poród przebiegł względnie lekko. W dwóch przypadkach rodzące dotknięte były guzami: w jednym przypadku guz wielko-

ści pięści znajdował się na części pochwowej macicy i przeszkadzał posuwaniu się porodu (szczegółowiej będzie mowa niżej o tym przypadku); w drugim przypadku już podczas ciąży stwierdzono guz mający formę drobnej części płodu, między pępkiem a spojeniem łonowem, który po porodzie opuścił się do jamy miednicy i zmniejszył się znakomicie. Obrzmienia nóg należą, jak wiadomo, do zjawisk częstych w ciąży, to też umiarkowanych obrzmień nie notowałem, w 4 jednak przypadkach zanotowano niezmiernie silne obrzmienia nóg, części płciowych zewnętrznych i brzucha: w jednym przypadku stwierdzono podczas ciąży 2‰ białka i cylindry hyalinawe w moczu—poród jednak i okres połogowy przebiegły normalnie; inna 21 letnia pierwiastka, od miesiąca dotknięta obrzękami nóg, dostała podczas porodu napadów rzucawki, z zejściem śmiertelnem; w innych dwóch przypadkach znaczne obrzęki ginęły po porodzie dobrowolnie. Cierpień serca, wikłających ciążę i poród, obserwowaliśmy w czasie sprawozdawczym kilka przypadków i winienem zaraz stwierdzić znaczne niebezpieczeństwo ciąży porodu i okresu połogowego dla kobiet, dotkniętych cierpieniem serca.

Pewna 18 letnia, I pora, dziewczyna, dotknięta szmerem u wierzchołka sercowego i znacznymi obrzękami twarzy, rąk, nóg, brzucha i części płciowych zewnętrznych, odbyła lekki poród przedwczesny (w połowie ósmego miesiąca ciąży). Okres połogowy przebiegał zupełnie normalnie; chora miała być już wypisaną; gdy nagle 12-go dnia po porodzie, w przeciągu kilku minut zmarła dotknięta zapewne zatyczką tętnicy płucnej (embolus art. pulmonalis).

Inna chora, dotknięta myocarditis i nephritis, przybyła do szpitala w stanie b. groźnym po porodzie bliźniętami, który odbyła w domu. Podczas ciąży chora czuła już się niedobrze, po porodzie jednak stan jej bardzo się pogorszył; po kilkunastodniowym pobycie w szpitalu chora wypisana została w stanie zdrowia względnie pomyślnym, aby po kilku tygodniach znów wrócić do szpitala z powodu stwierdzenia u niej przez kilku kolegów dużej torbieli jajnikowej, sprawiającej chorej różne dolegliwości. Ze względu na chorobę serca i nerek u chorej zamierzaliśmy dokonać zabiegu operacyjnego za pomocą znieczulenia miejscowego według Szleicha; chorą, przygotowaną odpowiednio do operacyi, ułożono na stole operacyjnym: operujący zamierzał dokonać już cięcia brzusznego, gdy wtem uderzyło mnie, że nie czuję pod palcem guza; badanie więcej szczegółowe, dokonane przez kol. M. Kohna i mnie, potwierdziło nieobecność guza. Wówczas dopiero dowiedzieliśmy się, że podczas mycia powłok brzusznych dnia uprzedniego przez felczera chora poczuła nagle silny ból brzucha, który trwał przez noc całą, zapewne pękła wówczas torbiel pochodzenia prawdopodobnie parowarialnego. Podobne przypadki wyleczenia dobrowolnego były już w literaturze notowane.

Trzecia chora dotknięta była palpitacyami serca już jako pan-

na; po zajściu w ciążę palpitacye się w zmogły, prócz tego chora zaczęła silnie kaszleć; w VI-ym miesiącu ciąży przyłączyło się krwioplucie; w VIII miesiącu ciąży chora urodziła dziecko nieżywe (macerowane), poród przebiegł lekko, po odejściu łożyska było dość silne krwawienie. W okresie połogowym stan chorej się poprawił.

Czwarta chora, 30 letnia kobieta, po raz IV w ciąży będąca dotkniętą była silnem myocarditis, tony serca byly nader głuche, tętno prawie niewyczuwalne, silne obrzęki nóg, części płciowych zewnętrznych i powłok brzusznych—stan chorej był tak ciężki, że zmuszony byłem przystąpić do wywołania porodu przedwczesnego, poczem stan chorej poprawił się.

Z przypadków powyżej cytowanych łatwo przekonać się można, jak ciężkiem powikłaniem dla cierpień serca jest ciąża i okres połogowy.

Niejednokrotnie notowane są u nas krwawienia podczas ciąży, kończące się często poronieniem, kilka jednak razy nie odbijające się ujemnie na przebiegu ciąży; jako curiosum winienem zanotować przypadek, w którym kobieta co 6 tygodni prawidłowo miesiączkowała podczas ciąży. Z innych powikłan ubocznych podczas porodu przez nas zauważonych, należy zanotować —przypadek porodu z lekkim przebiegiem przy vagina et vulva septae; w jednym przypadku nastąpił poród przedwczesny u chorej dotkniętej wybitnem zwężeniem kiszek; w jednym przypadku miałem do czynienia podczas porodu z dużym ropniem paraproctalnym; poród wymagał operacyi kleszczowej, podczas której ropień pękł; okres połogowy był najzupełniej bezgorączkowy.

Poważniejszych zabiegów operacyjnych, do których nie zaliczam zaszywania krocza, o czem parę słów oddzielnie powiem, dokonano w oznaczonym czasie 94, cyfra względnie wysoka na 397 osób, korzystających ze szpitala, co się tłomaczy dość znaczną ilością wyłyżeczkowań macicy po poronieniach i względnie znaczną ilością rodzących, skierowywanych do szpitala li tylko dla operacyi.

Jakość i ilość dokonanych operacyi przedstawia się w sposób następujący Wyłyżeczkowań macicy dokonano 36, kleszcze zakładano 14 razy, kleszcze próbne zakładano 5 razy, wymóżdżeń dokonano 13, obrotów na nóżkę z następczą ekstrakcyą płodu dokonano 11, ekstrakcyi płodu dokonano 2 razy, ręcznie usuwałem części łożyska 7 razy, ręcznego usuwania całego łożyska dokonałem 6 razy, usunięcie jaja płodowego po poronieniu dokonano 6 razy, 4 razy uwolnione zostały główki i rączki przy pośladkowem położeniu; w jednym przypadku usunąłem podczas porodu guz, wychodzący z części pochwowej macicy, 2 razy konieczne było obkłucie naczyń krwawiących w okolicy łechtaczki; 3 razy dokonałem sztucznego poronienia, dwa razy wywoływałem poród przedwczesny, dwa razy dokonane było cięcie cesarskie, dwa ra-

zy dokonałem wtórnego odświeżenia krocza, w 6 nakoniec przypadkach znalazła zastosowanie metreuryza.

Tak przedstawiają się jakościowo i ilościowo główne zabiegi położnicze. Nie notowane są, jako zabiegi drobne, sztuczne, rozdarcię pęcherza, zwykle przez akuszerkę dokonywane na wypadek wychodzenia na zewnątrz sromu nalanego pęcherza.

(c. d. n.)



O presklerozie.

Streścił Dr. **Seweryn Sterling.** *)

Znakomity klinicysta francuski H u c h a r d postawił własną teoryę powstawania stwardnienia naczyń.

Zdaniem H u c h a r d a, to cierpienie jest następstwem długotrwałego wzmożenia ciśnienia tętniczego; w rzędzie przyczyn tego zwiększonego ciśnienia pierwszą, prawie główną, rolę gra skurcz naczyń.

Patogeneza stwardnienie naczyń tak się, zdaniem H., przedstawia:

Pod wpływem czynników bardzo różnorodnych (dna, diateza artretyczna, alkoholizm, zatrucie ołowiem, zatrucie nikotyną, nadmierne spożywanie mięsa, wzruszenia moralne) powstaje skurcz tętnic. Zaczyna się to zaburzenie czynnościowe zazwyczaj od skurczu naczyń włoskowatych i drobnych tętniczek; to już wystarcza do podniesienia ciśnienia w tętnicach wyżej leżących; zkolei skurcz przechodzi i na większe tętnice, t j. obejmuje cały układ tętniczy. Jeżeli taki skurcz trwa długo—rozwijają się zmiany w ściankach naczyniowych, a to w ten sposób: dzięki skurczowi drobnych tętniczek (vasa vasorum), odżywiających same ścianki naczyniowe, w tych ostatnich powstają zmiany dystroficzne; zmienione nekrobiotycznie komórki drażnią otaczające tkanki i są przyczyną sprawy zapalnej (endarteriitis). **)

Jak widzimy, teorya H u c h a r d a wyzyskuje dla patologii prawo biologiczne, które brzmi: czynność wytwarza narząd, fun-

---

*) Podług różnych pism Hucharda, a przedewszystkiem: „Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte." Wydanie 3.—La médication hypotensive." Wykład w Akad. lek. paryzkiej 30 Czerwca 1903.

**) Jest to—rzecz prosta—tylko schemat Huchardowskiej teoryi powstawania arteriosklerozy.

kcya występuje wcześniej, aniżeli organ. *) Dla patologii będzie to brzmiało: zaburzenie funkcyi często poprzedza chorobę organu, zaburzenie czynności może wywołać zaburzenie narządu.

Swoją teoryę powstawania stwardnienia tętnic oparł Huchard na długoletnich badaniach anatomo-patologicznych, na wynikach prac doświadczalnych i na spostrzeżeniach klinicznych. Jej znaczenie dla kliniki i lecznictwa jest niesłychanie ważne. Leczyć bowiem dokonane już zmiany anatomiczne jest o wiele trudniej, aniżeli leczyć zaburzenia czynniościowe narządów w swej budowie normalnych.

A właśnie *wyniki leczenia* tych zaburzeń, które Huchard terminem presklerozy obejmuje, przekonały świat lekarski o słuszności jego poglądów.

Jako presklerozę uważa Huchard ten stan chorobowy, w którym istnieje wzmożone ciśnienie tętnicze jako skutek skurczu naczyń; objawy presklerozy—to objawy od tego skurczu zależne, więc objawy zaburzeń czynnościowych, a nie zmian anatomicznych (które dopiero następczo się rozwijają i są znane jako objawy stwardnienia tętnic).

Na obraz presklerozy składają się dwie grupy objawów: ogólne i miejscowe.

Objawy ogólne łatwo zrozumiemy, jeśli przypomnimy sobie ten obraz, jaki klinicyści lat ubiegłych nazywali „plethora sanguinea“ Mówiono wtedy o przepełnieniu naczyń krwią; sądzono, że krwi jest zadużo, więc ją kwartami i garncami wypuszczano. Gdy to mechaniczne leczenie zawiodło, przestano się w ogóle liczyć z tym stanem patologicznym.

A jednak stan taki istnieje; to co nazywano „plethora“—jest skutkiem wysokiego ciśnienia śródtętniczego; nie krwi jednak wtedy przybywa, tylko dla niezmienionej masy krwi zaciasno w skurczonych naczyniach. Ztąd zaburzenia chorobowe.

Różnorodność objawów miejscowych w presklerozie jest łatwo zrozumiała. Skurcz naczyń włoskowatych i drobnych tętniczek musi za sobą pociągnąć złe odżywianie się narządów, do których krew donoszą; ztąd upośledzenie ich czynności, wtedy szczególnie wyraźnie występujące, kiedy od nich żądamy pracy zwiększonej.

Na wzór chromania przestankowego (syncope localis extremitatum) powstaje podobne wyczerpanie czynnościowe w źle odżywianej nerce, w źle odżywianem sercu, w źle odżywianym mózgu i rdzeniu, w źle odżywianej wątrobie. Jedynie od stopnia skurczu i jego trwania zależy stopień zaburzeń jakie w ten sposób powstają.

Oddzielnie postawić należy schorzenie serca, powstające wskutek zwiększonego ciśnienia. Na równi z innymi narządami

---

*) **Biegański. Zagadnienia ogólne z teoryi nauk lekarskich. 1897.**

może ono cierpieć w skutek złego odżywiania. Ale specyalny stosunek, jaki zachodzi między tym organem a naczyniami krwionośnemi, sprawia, że skurcz naczyń odbija się na stanie serca. Wzmożone ciśnienie, skurczone naczynia stawiają wielki opór; dla pokonania tego oporu serce musi pracować wysiłkowo. Źle uczynimy, jeśli w tych warunkach środkami pobudzającymi zechcemy wzmocnić mięsień sercowy; tu nasza rola terapeutyczna polegać musi na *ulżeniu* pracy serca przez usunięcie tych przeszkód, tego oporu, jaki panuje w naczyniach; uczynimy to, zniżając ciśnienie, usuwając skurcz naczyń.

Ta możność usunięcia wyliczonych objawów różni presklerozę od sklerozy.

Powszechnie jeszcze panuje przekonanie, że wszystkie te objawy, od zwiększonego ciśnienia począwszy, zależą od dokonanych już zmian w naczyniach, od istniejącego już stwardnienia tętnic.

A jednak należy za Huchardem odróżniać te dwa stany, jakimi są preskleroza i skleroza.

Objawy kliniczne, na zasadzie których rozpoznajemy zwiększone ciśnienie tętnicze nie są liczne; są za to ścisłe.

Najdokładniej możemy je rozpoznać przy pomocy różnych specyalnych przyrządów; badania jednak sfigmograficzne, manometryczne, tonometryczne i t. p. nadają się do stosowania jedynie w klinice i szpitalu.

To też dla lekarza - praktyka mają wartość dwa następujące objawy rozpoznawcze:

Po pierwsze, wzmocnienie drugiego tonu aorty, („jakby uderzenie młotem"), wysłuchiwane u podstawy serca, na prawo od mostka. Należy jednak odróżnić to wzmocnienie od tonu metalicznego, który jest objawem już istniejących zmian miażdżycowych w aorcie; wzmocnienie drugiego tonu jest skutkiem istnienia li tylko zwiększenia ciśnienia w układzie tętniczym.

Po wtóre, stałość tętna i jego typ odwrotny (typus inversus). Oto na czem ten objaw polega:

Ilość uderzeń tętna u człowieka zdrowego zmniejsza się o 6 do 8 uderzeń wraz ze zmianą pozycyi pionowej na poziomą. Przy zwiększonem ciśnieniu w układzie tętniczym — albo niema tego wahania w ilości tętna, albo występuje ono w postaci odwrotnej. Naprzykład: mamy 88 tętna zarówno w pozycyi pionowej jak i w poziomej. a nawet 88 w pozycyi pionowej a 96 do 100 w pozycyi poziomej (typus inversus).

Na zarzut, że obydwa te objawy kliniczne, (jak i dane ścisłe, otrzymywane za pomocą przyrządów) są zależne nie od skurczu tętniczek i tętnic, ale od zmian anatomicznych w ściankach naczyniowych, od istniejącego już stwardnienia i miażdżycy, odpowiada Huchard: leczenie, jakie poleca, usuwa objawy presklerozy w ciągu krótkiego czasu, czego nie osiągnęłoby w razie istnienia zmian anatomicznych.

Jest to odpowiedź zupełnie przekonywająca.

Tryumfy terapii, zalecanej przez Hucharda, najwięcej się przyczyniły do spopularyzowania jego poglądów patogenetycznych.

Przyjrzyjmy się tej terapii, jaką zaleca przeciw presklerozie. Naczelne tu miejsce wyznacza Huchard lecznictwu hygienicznemu i fizykalnemu. Nadużywanie mięsa na pokarm jest jedną z ważnych przyczyn powstawania zwiększonego ciśnienia, ponieważ wtedy znajduje się we krwi dużo istot chemicznych drażniących nerwy kurczące naczynia; zdaniem H., ludzie obżarci wcześniej od pijaków zapadają na sklerozę tętnic.

Od chwili, kiedy na zasadzie wymienionych objawów rozpoznaliśmy presklerozę—należy zalecić dyetę mleczno-roślinną, niekiedy nawet na krótko dyetę wyłącznie mleczną. Na stałe należy zakazać: zbyt obfitych posiłków, nadużywania mięsa, szczególnie pieczystego i wędzonego, źwierzyny, ryb, serów przefermentowanych, bulionów, zup tłustych.

Ponieważ wskutek skurczu tętniczek nerkowych powstaje czasowa niedomoga wydzielnicza nerek - istoty drażniące zawarte w wymienionych pokarmach zostają w organizmie zatrzymane; że zaś są one czynnikami zwężenia tętnic, więc powstaje circulus vitiosus, pogarszający coraz więcej chorobę, wytwarzający z presklerozy—niedające się już cofnąć zmiany miażdżycowe i sklerotyczne.

W celu pobudzenia krążenia obwodowego należy stosować miesienie i gimnastykę bierną. Praca mięśni sprawia, że przez tkankę przepływa więcej krwi, pięć razy więcej, aniżeli w spoczynku, a nawet—jak chcą niektórzy badacze - dziewięc razy więcej. Kierując prąd krwi ku obwodowi, rozszerzamy naczynia i zmniejszamy ciśnienie w narządach wewnętrznych. „Jeżeli naczynia krwionośne można nazwać pomocnikami serca, to znów mięśnie należy nazwać pomocnikami naczyń." Przez miesienie wydalamy z tkanek wytwory przemiany materyi, które zatruwają mięśnie a są zarazem ciałami chemicznemi, wywołującemi skurcz tętnic.

Balneoterapię chętnie zaleca Huchard, ale mówi przeważnie o źródłach francuskich, wylicza więc kąpiele w Bourbon-Lancy i wody moczopędne: Evian, Vittel, Contrexéville, Martigny. Szkody, jaką nie tak rzadko wyrządzają chorym kąpiele w Nauheimie, zależą od kierowania tam chorych z presklerozą lub arteriosklerozą; ponieważ pierwszy efekt dzialania kąpieli w Nauheimie polega na wzmożeniu ciśnienia — chorzy, o których mowa, szkodę ztąd odnoszą poważną. Te kąpiele są właściwe dla sercowych, mających normalne lub zniżone ciśnienie tętnicze.

Lek najczęściej stosowany w stanach zależnych od domniemalnej sklerozy—jodek potasu—jest, zdaniem Hucharda, w presklerozie zbyteczny, a może i szkodliwy; jodek potasu działa

jako resolvens na tkanki stwardnieniu uległe, prawdopodobnie dla tego, że zwiększa fagocytozę; na ciśnienie albo wcale nie wpływa, albo—jak chcą niektórzy badacze—nieco je podwyższa; w każdym razie nie zniża go, a więc jest zbyteczny w presklerozie.

Zalecić natomiast z leków należy: amylium nitrosum, trinitrinum, tetranitrolum, natrium nitrosum.

W takich przypadkach, jak np. napad duszniczy, kiedy zależy na bezzwłocznem zniżeniu ciśnienia, można zalecić wziewanie amylii nitrosi. Działanie tego środka jest bezpośrednie, ale też krótkotrwałe; znika po paru minutach. Nie może być o nim mowy przy leczeniu stałego wzmożenia ciśnienia.

Trinitrinum (nitroglycerinum) działa wolniej i dłużej; trwa jednak to działanie najwięcej przez półtorej godziny. Przepisujemy roztworu jednoprocentowego trinitrini po trzy krople co 2 godziny, obniżając nieco przez to, na parę godzin, ciśnienie.

Natomiast tetranitrol może zniżyć ciśnienie na długo i prawie do normy fizyologicznej. Przepisując po 0,005 lub 0,01 co trzy lub cztery godziny, możemy na stałe utrzymać osiągnięte zniżenie ciśnienia.

Niestety, zdarzają się chorzy, którzy uczuwają bardzo silny ból głowy po trinitrynie i tetranitrolu. Dla tego należy się trzymać zasady zaczynania od minimalnych dawek tych leków: zwiększać je systematycznie aż do wystąpienia bólu głowy, choćby najsłabszego; nie należy jednak przerywać wtedy podawania tych leków, lecz pozostać przy dawce nieco mniejszej od tej, która wywoła ból głowy. Taki sposób dawkowania jest jedynie skuteczny; dawki dla danego osobnika zbyt słabe—pozostają bez skutku. Tetranitrol zażywać można przez całe miesiące, pod warunkiem, by po 20 dniach zażywania robić dziesięciodniową przerwę.

Huchard podaje następujące formuły przepisywauie tych leków:

Rp. Aq. destillatae 300 gr.
Solutionis alcoholici 1%
trinitrini gtts. LX
M. D. S. Po trzy łyżeczki od kawy, deserowe lub stołowe—stosownie do stopnia wrażliwości chorego.

Można też ten środek stosować i podskórnie, rozpuszczając 40 kropel 1%-go rozczynu trinitryny w 10 g. wody; zastrzykuje się pół do całej strzykawki.

Tetranitrol nie rozpuszcza się zupełnie, więc jest przepisywany w pastylkach, zawierających po 1, 2 do 5 miligramów, a nawet po 1 centigr.; ilość pastylek zwiększamy stopniowo aż do wystąpienia objawów nietolerancyi—w postaci bólu głowy; zmniejszamy wtedy dawkę o 1 lub 2 miligr. i podajemy ją, pamiętając o wyżej wskazanych pauzach.

Natrium nitrosum ma tę przewagę nad tetranitrolem, że jest środkiem rozpuszczalnym, działanie zaś jego jest również długo-

trwałe. Zgodnie z zaleceniem Lauder-Bruntona przepisuje się ten środek w takiej kombinacyi.

Rp. Natrii nitrosi 0,2
Kalii nitrici 1,0
Natri bicarbonici 2,0
Aq. destill. 60.0
M. D. S. Zażyć na raz.
Tę dawkę można powtórzyć w ciągu dnia.

Albo też

Rp. Aq destillat. coctae 300,0
Natrii nitrosi 2,0
Kalii nitrici 10,0
Natrii bicarbonici 20,0
M. DS. 1—2—3 razy dziennie po łyżce, lub łyżeczce, w pół szlance wody.

Ponieważ mocz w presklerozie zawiera wiele moczanów, zalecamy na noc po 0,5 do 1 g Natrii bicarboni i Kalii nitrici—w szklance wody moczopędnej (Vichy, Evian) Albo też po 0,25 do 0,40 Theobromini puri; albo wreszcie połączenie teobrominy, Natrii benzoici i Lithii carbonici, po 0,2.

Postać chorobowa przez Hucharda wyodrębniona, nie u wszystkich klinicystów znalazła uznanie; liczą się z nią francuzi i anglicy, gdy np. niemcy jej nie chcą uznać; w tym samym stosunku pozostają te różne szkoły i do teoryi Hucharda powstawania stwardnienia tętnic.

Jeżeli jednak pominąć spór o teoryę, a pozostać przy klinice, a głównie—przy terapii, to wartość prac Hucharda jest niewątpliwie wielka.

Jego metoda leczenia wzmożonego ciśnienia śródtętniczego jest bardzo pożyteczna; przekonałem się o tem niejednokrotnie i dla tego gorąco ją polecam uwadze kolegów.

W tej metodzie mamy pomoc w walce z różnymi stanami chorobowymi, jako to: angina pectoris coronaria, różne bóle przysercowe, skaza moczanowa, dna, zatrucie nikotyną, zapalenie nerek śródmiąższowe, aneuryzmaty, claudication intermittente, zatrucie nadmiernie spożywanem mięsem.



Spostrzeżenia z praktyki.

Pokrzywka wywołana przez roślinę Primula obconica.

Podał Dr. **Adolf Landau.**

W końcu maja r. b. wezwany zostałem do pani St. Pacyentka wieku 45 lat; zawsze dotąd zdrowa; cierpieniom nerwowym nie ulega; dziedzicznie nie obciążona. Ma pięcioro zdrowych dzieci. Climacterium od roku. Skarży się na dokuczające jej od kilku tygodni obrzęki, które zjawiają się w rozmaitych okolicach ciała; te obrzęki raz znikają, to znów wracają. Jednocześnie zjawiają się dreszcze, bez gorączki. W chwili badania znajduję obrzęk prawego policzka, czoła, obu powiek (prawa zupełnie się niepodnosi). Skóra na miejscach obrzękłych przedstawia zmiany właściwie pokrzywce. Badanie przedmiotowe, jak i badanie moczu, nic godnego uwagi nie wykazuje; oprócz nawykowego zaparcia nie znalazłem nic, czem bym sobie mógł wytłomaczyć obecność tego przewlekłego cierpienia skóry. Zaleciłem gorzką wodę, kąpiele i okłady z wody goulardowej na powieki; dyeta—mleczno-roślinna. Po dwóch tygodniach cierpienie nieco złagodniało, czynność kiszek zupełnie prawidłowa. W połowie czerwca pacyentka wyjechała na kilka tygodni z domu. W końcu lipca znowu zostałem wezwany, przyczem dowiedziałem się, że pacyentka aż do powrotu do domu, przed 10 dniami, zupełnie była zdrowa, zaraz jednak po jej powrocie pokrzywka znowu zaczęła występować. Dzięki przypadkowi mogłem teraz zrozumieć etyologię męczącego cierpienia mej pacyentki.

W artykule p. t. „Vergiftungen durch Primula obconica" pisma Mitheilungen ueber Landwirtschaft, Gartenbau u. Hauswirtschaft № 30 r. 1903. znalazłem następujące dane, które w przekładzie przytaczam:

„Wiele osób, codziennie stykających się z primula obconica, nie doznaje żadnej szkody; nieraz jednak ulegają one pokrzywce; zdaje się, że bądź tylko pojedyńcze osobniki rośliny zawierają substancyę trującą, lub też, że wszystkie rośliny tylko przy określonej temperaturze lub też przy szczególnych warunkach hodowania ją wydzielają; możliwem jest również, że niektórzy ludzie są na tę truciznę wcale niewrażliwi, a inni—wrażliwi. Samo zatrucie następuje pewnie w ten sposób, że ostre włoski pokrywające liście zagłębiają się w skórę i swą wydzieliną wywołują miejscowy stan zapalny, tak jak to czyni pokrzywa. Warunki, przy których następuje otrucie, jeszcze nie są dokładnie znane; tyle tylko wiadomo, że ono nie zawsze następuje, i że należy je zaliczyć do wyjątków, choć nie do rzadkości.

Przy dotykaniu tej roślinki nie uczuwa się takiego palenia, jak przy dotykaniu pokrzywy. Dopiero po godzinie, albo też po kilku godzinach następuje swędzenie, nieznaczne obrzmienie skóry, zaczerwienienie, albo też występują odosobnione białe wyniosłości na skórze. Nikt, któremu się to zdarzyło, nie rzucał z tego powodu podejrzenia na niewinną roślinę pokojową.

Pomoc lekarska prawie zawsze zostawała bez skutku i osane cierpienia ciągnęły się miesiącami. Jak się okazuje, to wszystkie ogłoszone przypadki otrucia przez primula obconica, leczone przez lekarzy, nieświadomych przyczyny tej choroby, leczone były źle.

Cały szereg spostrzeżeń wykazał, że pierwsze objawy szybko przechodzą, jeżeli unikać rozcierania miejsca, gdzie się zaczęło zapalenie. Daje się to osiągnąć, przy silnem swędzeniu rąk, tylko przez ich zabandażowanie. Z chwilą, gdy skóra zostaje drapana, choroba łatwo zostaje przeniesiona na coraz dalsze części skóry; najczęściej powstaje obrzmienie i zapalenie powiek, w cięższych przypadkach zajęcie zapalne łącznicy, a na skórze—skutki drapania w postaci wykwitów zapalnych; czasem przyłącza się gorączka i choroba trwa przez całe miesiące.“

Ponieważ moja pacyentka posiada w mieszkaniu mnóstwo kwiatów, zapytałem, czy nie posiada czasem między kwiatami egzemplarza primulae obconicae; okazało się, że posiada jakieś 10 doniczek tej rośliny, sprowadzonych na wiosnę z Warszawy. Przy dalszych wywiadach okazało się także, że choroba zaczęła się od skóry palców. Kazałem więc podejrzane kwiaty usunąć; wtedy pacyentka wyzdrowiała i od tego czasu pozbyła się swego cierpienia. *)

Pierwiosnków liczą więcej niż 140 gatunków. Primula obconica (p. kubkowaty) pochodzi z Chin, zkąd została do nas przywieziona w 1883 r. Kwiat ten jest bardzo wdzięczną pokojową rośliną, kwitnącą bez przerwy przez cały rok, w chłodnem i słonecznem miejscu. Początkowo mieliśmy egzemplarze tylko z białymi, lub też blado różowymi kwiatami, teraz hodują ten kwiat w rozmaitych kolorach: od śnieżno-białego do szkarłatno-czerwonego; wielkość kwiatów obecnie też jest większą, niż dawniej. Różni się primula obconica od innych odmian, mających takie same kwiaty, wyglądem liści i łodygi: liście są prawie okrągłe, mocno unerwione, pokryte włoskami; łodygi zielono-różowawe. (Inne odmiany mają liście elliptyczne, słabo unerwione i prawie gładkie).

*) Jak się na posiedzeniu Tow. lekarskiego okazało, spostrzegał współcześnie ze mną dwa podobne przypadki kol. Jonscher. I tu choroba trwała przez kilka miesięcy, a usunięcie wspomnianej rośliny natychmiast sprowadziło wyzdrowienie.



XIII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.*)

(13--15 lipca, 1903 r.).

(Dokończenie).

15). Zieliński (Lwów): O ranach postrzałowych z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem. (Odczyt ten wyszedł w „Przegl. lek." Nra 36, 37, i 38).

Dyskusya: Zieliński (Lwów) dodaje na zapytanie Bujwida (Kraków), że na 267 przypadków było 26 zakażonych tężcem.

Bujwid (Kraków) sądzi, że byłoby wskazane, by do innych zabiegów dodawano zapobiegawczo jeszcze wstrzykiwanie surowicy przeciwtężcowej.

Rudner (Czerniowce) jest zdania, na mocy swego doświadczenia, że ran od kul zwyczajnych nie trzeba tykać, leczyć je tylko aseptycznie. Miał przypadek zajmujący postrzału w brzuch: jelito było w 10 miejscach przedziurawione; chory byłby uratowany, gdyby mógł być wcześniej operowanym (dopiero po 13-tu godzinach). Rany postrzałowe jamy brzusznej należy zawsze operować.

Markiewicz (Przemyślany) ma pod tym względem duże doświadczenie; zgadza się z Zielińskim. W jednym ze swoich przypadków stwierdził po postrzale siekańcami w brzuch i klatkę piersiową 7 ran. Po kilku tygodniach wystąpił nad kością krzyżową ropień, z którego po nacięciu wydostano siekaniec. Chory wyzdrowiał. W drugim przypadku miał miejsce postrzał kulą w okolicę kręgosłupa; wystąpiły potem objawy porażenia połowiczego, obecnie utrzymuje się tylko niedowład.

16). Krasowski (Stanisławów). Przypadek wielokrotnego przedziurawienia jelit. Chory doznał postrzału z rewolweru w brzuch. W 7 godzin potem K. otworzył jamę brzuszną i znalazł 13 otworów w jelitach, które kolejno pozeszywał, nie mogąc zrobić resekcyi. Chory wyzdrowiał. W przypadku tym stwierdził prelegent kurczowe napięcie powłok brzusznych, które nie ustąpiło nawet w uśpieniu.

17) Bogdanik (Biała): O resekcyi stopy według własnej metody. Cięcie prowadzi się 1 ctm. poniżej kostki, i przecinając części miękkie aż do kości ku tyłowi i dołowi i to w odległości 1 ctm. od podeszwy, okrawa się piętę, i przechodząc ku drugiej stronie stopy, prowadzi się cięcie ku górze i naprzód, a kończy się je 1 ctm. poniżej kostki, w miejscu odpowiadającem początkowi cięcia. Następnie przecina się kość piętową w kierunku do zatoki skokowej (*sulcus tali*). Równocześnie okręca asystent stopę ku podudziu. Po przepiłowaniu kości piętowej układa się grzbiet stopy na przedniej powierzchni podudzia. Mając dostęp wolny, można wyskrobać ogniska w kości piętowej i można dojść do kości skokowej pomiędzy płaszczyznami przepiłowanej kości piętowej. Aby uniknąć przecięcia naczyń, ścięgien, lub nerwów odciąga asystent hakiem tępym ścięgno mię-

*) Podług sprawozdania Dr. B. Żmigroda, w „Przeglądzie Lekarskim".

śnia goleniowego tylnego, nerw i obok niego przebiegającą tętnicę i żyłę, a po drugiej stronie ścięgno mięśnia strzałkowego, jakoteż nerw i naczynia. Przez przedłużenie cięcia można sobie zrobić wygodny dostęp do kości czółenkowatej, sześciennej i klinowych. Po oczyszczeniu pola operacyjnego zeszywa się przecięte płaszczyzny kości piętowej i skórę. B. ma około 10 przypadków operowanych tą metodą z dobrym wynikiem.

Dyskusya: Bosowski (Kraków) nie miał dobrych wyników po metodzie Bgdanika: u dorosłych skończyło się zawsze na resekcyi osteoplastycznej, lub amputacyi. U dzieci daje się ta metoda zastosować.

Rydygier (Lwów): Operujemy staremi metodami, bo te dają dobre wyniki. Metodzie Bogdanika zarzuciłby R. to, że się piłuje kość, co przy gruźlicy nie jest obojętne; a nadto późniejsza blizna przebiega przez piętę tam, gdzie jest największy ucisk i przeszkadza w chodzeniu i w noszeniu buta.

Bogdanik (Biała) leczy dzieci zachowawczo i nie operował niżej lat 10. U dorosłych trzeba często robić amputacye, bo nie można bawić się leczeniem zachowawczem, a w takich razach Bogdanik próbuje swej resekcyi, która mu daje dobre wyniki. Co do zarzutu, że blizna późniejsza jest przeszkodą przy chodzeniu, utrzymuje, iż go doświadczenie pouczyło inaczej.

18). Kader (Kraków): Przedstawienie chorego po trepanacyi czaszki. Chory 15-letni był operowany z powodu ropnego otoku wyrostka sutkowego, a w parę dni potem trepanowano z powodu zakrzepu w zatoce poprzecznej i esowatej. Podwiązano żyłę szyjną, wytrepowano zatokę i wyjęto zakrzep. Chory ma się dobrze. W ostatnich trzech latach robiono w klinice Kadera 37 trepanacyi, z tego umarło 10, a więc 28% śmiertelności. Najczęściej trepanowano z powodu guzów mózgu (8 razy).

19). Bogdanik (Biała): O zbrodniczem spędzeniu płodu (z demonstracyą przedziurawionej macicy). Prelegent został wezwany do przypadku zapalenia otrzewnej ze stanem zakażenia posoczniczego. Sekcya wykazała posokowate zapalenia otrzewnej, której punktem wyjścia była macica, przedziurawiona w dnie po stronie prawej. B. sądzi, że należałoby się starać uniknąć takich przypadków, kończących się zwykle śmiercią z powodu spędzenia płodu, wykonanego przez kobiety na sobie, lub na innych.

W dyskusyi zabierali głos: Rydygier (Lwów) i Bogdanik (Biała). Oświadczenie Bogdanika przyjęto oklaskami.

20). Borzymowski (Warszawa): Demonstracya *a*) przyrządu do podwiązek i *b*) nowego zamykadła do irygatorów.

a) Przyrząd ten do podawania podwiązek jest to zwijadełko z jedwabiem, przyczepione do gumki, którą można na rękę założyć prostopadle, a ma tę zaletę, że podwiązka nie przechodzi przez ręce podającego.

b) Zamykadło składa się z drenu dość grubego, zgiętego pod kątem, którego ramiona połączone są cienką gumką, pozwalającą ten dren wyprostowywać.

W dyskusyi zabierał głos Rydygier (Lwów).

21). Borzymowski (Warszawa): Szemat graficzny do badania chorych chirurgicznych dla studentów IV-go roku medycyny.

22). Borzymowski (Warszawa): Trzy przypadki zeszywania rany serca, oraz kilka modyfikacyi przy operacyach na sercu.

B. zeszywał rany serca w trzech przypadkach, z tych jeden chory żyje już pięć miesięcy po operacyi. W przypadku tym wystąpił w 12-tym dniu choroby szał, który trwał dwa dni. Arytmia trwała miesiąc, tętno najliczniejsze dosięgało 120 uderzeń; w 2½ miesiąca po operacyi odszedł szew, założony na serce. Chory od miesiąca chodzi i czasem tylko ulega podwyższeniu ciepłoty. Prelegent spostrzegał nadto jeszcze trzy przypadki, na podstawie więc 6 wyprowadza następujące wnioski: 1) ważnym objawem w przypadkach drążącej rany serca jest różnica tętna w obu tętnicach sprychowych, szczególnie w lewej; 2) nieścisłe jest twierdzenie, że przy ranach serca tętno staje się drobne, przeciwnie, może ono być dobre i regularne; 3) rana drążąca serca może nawet nie krwawić (jak to miało miejsce w III-cim przypadku prelegenta); 4) ranę drążącą od niedrążącej można odróżnić w ten sposób, że przy ranie drążącej krew przy skurczu wypływa, nie wypływa zaś przy ranie nie drążącej; 5) prawa komora jest pod IV-tem żebrem; lewa nad IV; 6) morfina uspokaja chorych; 7) nie należy zupełnie ruszać chorego po operacyi. W dalszym ciągu notuje prelegent w ostatnich pięciu latach w Warszawie 20 przypadków ran kłóto-ciętych serca, z których w 13-tu natychmiast nastąpiła śmierć, siedem było operowanych, ale wyszedł tylko jeden chory, powyżej wspomniany pacyent prelegenta. Powodem śmierci było zakażenie, sekcya wykazywała ropne zapalenie osierdzia. B. twierdzi, że ranę pierwotną trzeba przy operacyi stanowczo obejść, uważać ją bowiem należy *a priori* za zakażoną. Dostęp musi być poza granicami opłucnej, gdyż jej dotychczas szyć nie umiemy. Radzi robić cięcie półkoliste od chrząstki V-go żebra do chrząstki III-go, po wycięciu chrząstki oddzielić osierdzie i dostać się do serca. Przy szyciu serca trzeba uważać, by nie trzeć nitką o osierdzie, wogóle trzeba osierdzie ustalić, by tego tarcia uniknąć. Szyć należy szwem ciągłym; worek osierdziowy wymywa się solą; po zeszyciu zakłada się sączek od osierdzia do jamy opłucnowej i potem na zewnątrz.

Dyskusya: Kader (Kraków) miał trzy przypadki ran serca: dwa razy od wbicia igieł, a raz ranę zadaną nożem. W pierwszych dwóch wystąpiła silna arytmia, a prócz tego były tony głuche; objawy te minęły po wyjęciu igieł W trzecim przypadku podwiązał przeciętą tętnicę sutkową, wysączkował ranę w sercu (było to w roku 1894, kiedy o szyciu rany mowy nie było). Z powodu następowego otoku ropnego opłucnej robił torakotomię; chora mimo znacznego rozszerzenia serca wyzdrowiała. K. radzi nie zważać na opłucnę, odsłonić serce cięciem, dającem dwa płaty skórnokostne, podobne do poziomo postawionych skrzydeł drzwi. Mostek tylko częściowo resekować, tyle, ile potrzeba.

Rydygier (Lwów) jest za owolony ze swego cięcia, ktore czyni zadość wszelkim stawianym wymaganiom. Operując swoim sposobem, nie naruszył nigdy opłucnej, ani tętnicy sutkowej. Charakterystyczną cechą tych przypadków jest wy-

stępowanie ropnego zapalenia opłucnej; a zdarza się przecież tyle skaleczeń opłucnej, przy których do ropienia nie przychodzi. Zdaniem R. przyczyna leży w niedokładnem myciu się z powodu pośpiechu. R. nie zgdadza się z Borzymowkim co do nietykania rany zadanej; rozszerzenia jej nie uważa za tak niebezpieczne. Nie radzi sączkować z osierdzia do opłucnej.

Ziembicki (Lwów) miał trzy przypadki: dwa postrzałowe serca, a jedną ranę ciętą. Ranę zeszył, chory jednak umarł.

Wehr (Lwów) ma doświadczenie co do zachowania się po otwarciu opłucnej; robił to doświadczalnie na psach i musiał zawsze psy przed przecięciem opłucnej tracheotomować, inaczej ginęły. Udało mu się cztery psy utrzymać przy życiu przez dłuższy czas, a kilka psów w ciągu 48 godzin. U człowieka otwarcie opłucnej jest bardzo niebezpieczne. Częste występowanie zakażenia w tych przypadkach tłómaczy W. zmniejszeniem się odporności ustroju na działanie drobnoustrojów z powodu osłabienia go przez utratę krwi. Należy jeszcze pamiętać o porażeniu nerwów naczynioruchowych w sercu. Doświadczenie pouczyło W., że wszelkie manipulacye, nieostrożne chwycenie serca, sprowadzić mogą śmierć przez porażenie ośrodków nerwowych. Swoje cięcie oparł Wehr na topografii opłucnej i stara się o ile możności obrażenia jej uniknąć: cięcie poprzeczne po prawej stronie mostka nad trzeciem żebrem, dalej łukowato aż do przyczepu wyrostka mieczykowatego i przecina się chrząstki. Nie zgadza się z Borzynowskim co do nierozszerzania rany zadanej; owszem, lepiej sobie rozszerzyć i ma się dobry dostęp. W końcu dodaje Wehr uwagę, że szyć serca nie powinien każdy lekarz, należy to zostawić zawodowym operatorom.

Borzymowski (Warszawa) uważa operacyę Rydygiera za idealną, jednak ma ona tę wadę, że podstawa płatu jest za szeroką; na chrząstce operuje się, jak na sprężynie. Co się tyczy rozszerzania rany skórnej, to ranę tę uważać musimy za zakażoną, a aseptyka musi wszędzie być tą samą.

23). Majewski (Kraków): Uwagi nad przebiegiem i leczeniem spraw posoczniczych ustroju. M. stosował w niektórych sprawach posoczniczych swoiste surowice lecznicze i miał mieć w bardzo znacznej liczbie przypadków poprawę, jednak nie we wszystkich. Surowica ma tu być środkiem ochronnym, a więc ma wejść do ustroju przed lub jednocześnie z zarazkiem. Jedną z właściwości działania surowicy jest także obniżenie ciepłoty. Jakiekolwiek jest jej działanie w każdym razie jest ona nieszkodliwą. Prelegent poleca wypróbowanie tego sposobu przy odpowiednich wskazaniach. Sam stosował surowicę przeciwpaciorkowcową.

Dyskusya: Klecki (Kraków) wyjaśnia sposób działania tych surowic, o czem mówił w swym wykładzie. Niema tu mowy o leczeniu, jest tu tylko prefakcya. Aby leczyć, musimy mieć takie substancye, któreby z jednej strony nie były szkodliwe przez danie podłoża, a z drugiej silnie działały na ciałka białe, któreby dały nam fagocytozę i fagolizę; według K. możeby nukleina była takiem ciałem. Majewski (Kraków) dodaje, że wprowadzenie pod skórę surowicy dawało mu lepsze wyniki niż wprowadzenie do jamy brzusznej. Przy leczeniu otrzewnej uważa M. surowicę za dodatek, a operacyę za rzecz główną.

Klecki (Kraków) opierając się na doświadczeniach na zwierzętach nie radziłby wstrzykiwać.

Kader (Kraków) miał w dwóch przypadkach jakiś wynik po wstrzykiwaniu surowicy, ale nieznaczny; zawsze jednak był spadek ciepłoty i jaśniejsze sensoryum.

24). Schlank (Kraków): Etyologia, przebieg kliniczny i leczenie ropień gazowych. W klinice krakowskiej spostrzegał S. siedm przypadków ropień gazowych (oedema malignum), z tych sześć leczonych było nacięciami z wynikiem dodatnim, jeden (przypadek zapóźniony) z wynikiem

śmiertelnym. W dalszym ciągu omawia S. odmę gazową, która przeważnie występuje w skórze moszen.

25). Gliński (Kraków): Gruczoły trawienne w górnej części przełyku, oraz ich znaczenie (z demonstracyą okazów makro- i mikroskopowych). Prelegent omawia na podstawie całego szeregu badań makro- i mikroskopowych obecność, budowę i zachowanie się gruczołów trawiennych w górnej części przełyku. Gruczoły te, odkryte przez Rüdingera, potem po kilku latach przez Schaffera, zbliżają się budową do gruczołów trawiennych dna żołądka, albo do typu gruczołów odźwiernikowych. Ze względu na ich czynność najlepiej nadawałaby się im nazwa gruczołów trawiennych przełyku. Mają one znaczenie w etylogii raków przełyku i to raków gruczolakowych, których punktem wyjścia być mogą, odgrywają także pewną rolę w powstawaniu uchyłków przełyku i wrzodów okrągłych. Odczyt swój poparł G. szeregiem przekonywujących okazów makroskopowych i drobnowidowych.

26). Rydygier: Kilka uwag o najnowszych zmianach zapatrywań w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego. R. zmienił co do operacyi zapalenia wyrostka zdanie i stał się zwolennikiem wczesnej operacyi; z żalem tylko stwierdza, że jeszcze nigdy nie był wezwany do operacyi w pierwszych 24 godzinach, a bardzo często operował zapóźno, bo i interniści zapóźno posłali i życzyli sobie operacyi. 1. Szablonowo nie powinno się leczyć, trzeba indywidualizować, ale trzeba operować wcześnie, tembardziej, że amerykańskie i francuskie statystyki wykazują tylko 2% śmiertelności. Wczas tembardziej należy operować, jeśli przebieg jest nieprawidłowy: tętno małe i szybkie w niestosunku do ciepłoty, twarz zmieniona i t. d. Lepiej operować kilka razy zawcześnie, niż raz zapóźno. 2. Operować „à froid“ dla uniknięcia przepuklin brzusznych. Leukocytoza według Sonnenburga daje nam pewność nietylko w rozpoznaniu, ale daje nam wskazania. Punkcyi nie należy robić, chociaż Körte uważa ją za rzecz niewinną. 8) Nie zawsze trzeba się starać o odszukanie wyrostka, lepiej zostawić i później zrobić drugą operacyę, tembardziej, że to jest pewniejsze. Czasem sprowadza się operacyę do nacięcia ropnia i operuje drugi raz, nie czekając na zupełne wyleczenie. Odszukanie wyrostka może być korzystne wtedy, gdy spodziewamy się, że może się wytworzyć zgorzel z objawami posocznicy. R. miał taki jeden przypadek, ale z drugiej strony miał inny, gdzie z korzyścią dla chorego było nieodszukiwanie wyrostka. Obecnie nie stara się wydobyć wyrostka u chorych osłabionych, gdzie istnieje obawa przerwania zrostów; tam jednak, gdzie jest zgorzel, lub inne ropnie, tam czyni poszukiwania. 4. Szerzenie się nacieku ku górze i ku dołowi jest zawsze wskazaniem do operacyi. Należy badać przez odbytnicę a oddawanie moczu może zwrócić uwagę na zsuwanie się w okolicę pęcherza. 5. Drenowania do odbytnicy nie powinno się nigdy robić. 6. Prelegent używa cięcia swego, po-

danego przed kilku laty. 7. Jeśli przepłukiwanie robić, to albo obficie, albo nic. W końcu stwierdza R. widoczny u nas postęp; świadczy to o zaufaniu do operacyi. Kiedy w Krakowie przez cały czas swego pobytu operował 10 przypadków, to obecnie we Lwowie przez lat 6 operował przeszło 50.

Dyskusya: Hordyński (Kraków), opierając na doświadczeniu własnych 30 przypadków, z których połowę operował „à froid," zgadza się zupełnie z Rydygierem. Doświadczenie zrobiło go radykalnym: jeden przebyty napad wystarcza mu do namawiania do operacyi „à froid;" tembardziej, że nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, że jest tylko 2% śmiertelności, odsetek bardzo mały w stosunku do przypadków nieoperowanych i że w miarę następujących napadów trudności techniczne się wzmagają. H. nie stracił ze swych przypadków żadnego, stwierdza obecnie zaufanie u chorych do zabiegu operacyjnego, wprost upominają się o operacyę. Co do wczesnych operacyi, to jest większe niebezpieczeństwo, niż „à froid," ale wyleczenie jest możebniejsze, niż później.

Kader (Kraków) zwraca uwagę na to, że gdzie większy naciek, tam można czekać dłużej, niż tam, gdzie go niema, i w tym ostatnim przypadku należy operować jak najwcześniej. U nas nie dostaje się chorego, by można operować w pierwszych 24 godzinach. K. na 60 przypadków operowanych stracił cztery: dwa wskutek przedziurawienia, a dwa po operacyi „à froid," to doświadczenie pouczyło go, że należy zawsze podwójnie podwiązywać wyrostek, gdyż może on być wypełniony ropą, a jeśli się nie założy drugiej podwiązki, to po przecięciu ropa wylać się może do jamy brzusznej.

Bossowski (Kraków) miał dwa przypadki, z których w jednym operował przed 24 godzinami i już znalazł wyrostek obumarły; w drugim upłynęło trzy doby, nim mógł operować i znalazł zgorzel wyrostka, a żadnych zrostów. W takich przypadkach należy zaraz operować. Wyrostek wycina B., gdzie moze; drogę przez odbytnicę uważa za zdrożną.

Chlumsky (Kraków) dostał przypadek, gdzie już operować nie było można; zastosował gorące okłady na brzuch. Po dwóch dniach dziecko oddało stolec a dwunastego dnia okazało się koło pępka wypuklenie i ropa sama na wierzch przebiła. Dziecko wyzdrowiało.

Ziembicki (Lwów) radzi operować pierwszego dnia; trzeciego, lub czwartego dnia nie ruszać i potem „à froid." Cięcie przez mięsień prosty, o ile dobre jest przy operowaniu „à froid," o tyle przy innych, gdzie ma być sączkowanie, jest niekorzystne.

Latkowski (Kraków) tłómaczy, że dlatego interniści tak późno oddają do operacyi, bo sami dostają dopiero po 48 godzinach. Jeśli liczba białych ciałek nie dochodzi do 25 tysięcy, to nie stawiają wskazań do operacyi.

Kryński (Warszawa) proponuje, by zrobić układ z internistami, żeby uważać za wskazanie, jeśli chory przebył dwa napady. K. poleca cięcie Krajewskiego: cięcie skórne poprzeczne na wysokości prawego górnego kolca kości biodrowej, aż ku linii środkowej; po dojściu do mięśnia skośnego zewnętrznego ranę w skórze i powięzi rozciąga się podłużnie, a włókna wszystkich mięśni rozdziela się podłużnie na tępo i w tej samej linii otwiera się otrzewnę. Ma się w ten sposób dobry dostęp, a przez krzyżowanie się blizn unika się powstawania przepukliny brzusznej. Kryński operował w ten sposób raz z dobrym wynikiem.

Borzymowski (Warszawa) uważa za lepsze stanowisko przy zapaleniu wyrostka robaczkowego nie kliniczne, lecz anatomo-patologiczne: uważać zapalenie wyrostka robaczkowego za ropień w kanale wązkim, który ma utrudniony odpływ do jelita ślepego. Jeśli jest zgrubienie, naciek, to znaczy, że odpływ zły i wtedy należy operować, jeżeli niema nacieku, to niema wskazania do operacyi.

Pruszyński (Warszawa) jest za operacyą „à froid." W jednym przypadku, który chciał zalecić do operacyi, powodem choroby była glista, której jaja w kale później stwierdził.

27). Filimowski (Kraków): Topografia wyrostka robaczkowego.

Dyskusya: Jaworski (Kraków) zwraca uwagę na to, że bolesności w okolicy kiszki ślepej nie trzeba kłaść zawsze na karb wyrostka robaczkowego, ale więcej na kiszkę ślepą. Ta już z powodu swego pionowego położenia poddana jest największemu ciśnieniu, tu zbiera się treść, tworzy osady, które drażnią błonę śluzową. Może ona ulegać atonii, podobnie jak żołądek. Jaworski zajmuje mniej radykalne stanowisko i nie każe w każdym przypadku operować, choćby „à froid." Nieporozumienie między chirurgami,a internistami tłómaczy odmiennością materyału, jaki się im dostaje.

Rydygier (Lwów) nie może się skarżyć na internistów; jest to wina chorych, że się tak późno zgłaszają.

28. Rydygier (Lwów): O zastarzałem zwichnięciu w stawie biodrowym (z demonstracyą preparatu). R. ma dwa przypadki udałe, szczególniej drugi jest rzadki, było to mianowicie podpanewkowe. Wszystkich udałych przypadków jest notowanych w piśmiennictwie 32, a operatorów 19; tylko Riedel jeden ma cztery przypadki. Sposobami leczenia są: 1) odprowadzenie bezkrwawe. Sposób nieszczególny, bo niema się granicy, kiedy się da zwichnięcie odprowadzić, a kiedy nie; nadto nie można tu forsować, bo może się próba skończyć śmiercia. Poncet radzi odprowadzać po krwawym zabiegu; 2) mięsienie, gimnastyka według Olliera; 3) osteotomia nadkrętarzowa; 4) resekcya główki; 5) odprowadzenie krwawe.

Najmniej dobre wyniki daje sposób 2); małe sposób 3). Najidealniejszy jest 5, ale niebezpieczny, bo daje 10—15% śmiertelności, nawet u osób dość zdrowych (z powodu wstrząsu). Operacya to trudna, trzeba się uciec czasem do resekcyi; trudności polegają na zrostach, zniekształtnieniach kości i zmianach w mięśniach. Trudno też zachować aseptykę z powodu blizkości kiszki stolcowej; jeden przypadek prelegenta, operowany jeszcze w Krakowie, skończył się źle z powodu zakażenia. Po zabiegu bezkrwawym nie można robić zaraz krwawego, lecz co najmniej po tygodniu. Cięcia są: *a*) przednie Hüter-Schedego, przystęp dość trudny; *b*) z tyłu Langenbecka, lub Kochera; Langenbecka bardziej do środka, ale mała jest różnica; przystęp jest dobry; 3) Mikulicza zbliżone do Olliera. Trudności nasuwają czasem adduktory, niektórzy więc radzą robić tenotomię; największą trudność daje panewka, tak czasem zarośnięta, że trzeba odbijać dłutkiem. W końcu przedstawia R. preparat z chorego uderzonego gałęzią, gdzie zwichnięcie było ku dołowi; chory umarł z powodu wstrząsu, a sekcya wykazała tylko znaczną niedokrewność. Operując, należy sobie drogę szeroko utorować i uważać na krwawienie, bo niedokrewność może wpłynąć na wstrząs.

Dyskusya: Ziembicki (Lwów) miał też jeden przypadek udały, ale chory umarł z powodu wstrząsu. Zaznacza także z naciskiem, by po próbie bezkrwawego odprowadzenia bezwarunkowo nie robić krwawego, aż po miesiącach, bo bardzo często powstaje zakażenie ogólne.

Ruff (Lwów) przypomina Rydygierowi przypadek udały, który robił Kozłowski. Ponieważ krwawe odprowadzenie jest niebezpieczne, sądzi że lepiej odrazu robić resekcyę, która jest łatwą i nie przedstawia takiego niebezpieczeństwa.

Sołtysik (Stryj) w jednym przypadku po próbie odprowadzenia zmuszony był przystąpić do resekcyi. Opowiada o jednym przypadku, który miał Obaliński.

Rutkowski (Kraków) dodaje, że Obaliński miał dwa przypadki.

Rydygier (Lwów) nie zapatruje się tak źle na resekcyę, jak inni, ale też i nie tak różowo, jak Ruff. Chodzi mu o zachwianie mniemania, jakoby krwawe odprowadzenie miało być operacyą mało niebezpieczną. Stwierdza też, że statystyka ogólna jest niedokładna.

29). Łapiński (Warszawa): Bezkrwawe leczenie zwichnięć wrodzonych w stawach biodrowych. W ostatnich czterech latach prelegent odprowadzał bezkrwawo zwichnięcia u 24 osobników, z tych u 18 zwichnięcie było jednostronne (wiek najniższy wynosił $1\frac{1}{2}$ roku życia, najwyższy 9 lat), u 6 zaś obustronne (wiek najniższy trzy lata, najwyższy $7^1/_3$ lat). Otrzymane wyniki dzieli Ł. na trzy rodzaje: wyleczenie zupełne, poprawa i zwichnięcie powtórne (reluxatio). Zdaniem prelegenta można mówić o wyleczeniu dopiero po upływie mniej więcej 2 lat od czasu zdjęcia opatrunku gipsowego. W końcu omawia Ł. swoje przypadki i przedstawia odnośne zdjęcia radyograficzne, stwierdzające pomyślne wyniki leczenia. Na mocy swego doświadczenia dochodzi Łapiński do następujących wniosków: 1. Bezkrwawe leczenie zwichnięć wrodzonych w stawach biodrowych może przywrócić całkowitą sprawność czynnościową kończyny i zupełnie prawidłowe stosunki anatomiczne. 2. Odprowadzenie bezkrwawe winno być wykonywane wcześnie, najdalej w drugiej połowie 2-go roku życia. 3 Metody bezkrwawe uzupełniają się się wzajemnie i żadna nie jest uniwersalnym środkiem leczniczym. Należy unikać zbyt gwałtownych sposobów postępowania w przypadkach ciężkich i opornych, rozkładając zabieg leczniczy na dwa posiedzenia. 5. Znaczne zmiany anatomiczne zwłaszcza u dzieci starszych, każą uzupełniać leczenie bezkrwawe prostymi i bezpiecznymi zabiegami krwawymi zewnątrzstawowymi, np. osteotomią. 6. Radyogramy należy zdejmować w położeniu stojącem, a jeśli w leżącem, to należy kończynę pchać ku górze. 7. Usiłowania najbliższe chirurgów winny dążyć do możliwie dokładnej analizy klinicznej i indywidualizowania przypadków, t. j. wyodrębniania poszczególnych zmian anatomicznych i zarazem ogarnięcia i zespołu, a to w celu wyboru najwłaściwszego w każdym oddzielnym przypadku sposobu postępowania. 8. Do wcześnie stosowanych metod bezkrwawych należy przyszłość w leczeniu zwichnień wrodzonych w stawach biodrowych.

W dyskusyi zgadza się Rydygier (Lwów) na to, że trzeba indywidualizować. Zwraca także uwagę, że są przypadki, gdzie sposób Lorenza się nie nadaje, mianowicie wtedy, gdy jest odwinięcie szyjki i główki ku przodowi. Miał dwa takie przypadki, a wtedy musiał wykonać rotacyę na zewnątrz, aby główkę skierować ku panewce; przytem prześwietlanie Roentgena oddaje bardzo dobre usługi.

30). Ziembicki (Lwów): O separatorze Cathelina. 31). Rydygier (Lwów): O separatorze Luysa. Przyrządy te służą do zebrania moczu oddzielnie z każdej nerki, a zasada ich polega na tem, że część oddzielająca, którą w separatorze Cathelina jest „kondom,“ a w Luysie blaszka elastyczna dzieli dno pęcherza na dwie części. W tych połowach pęcherza nurzają się cienkie cewniki, którymi mocz z poszczególnych moczowodów odpływa na zewnątrz. Cewniki te i część

rozdzielająca dają się schować do grubszego cewnika, a ten wprowadza się przez cewkę moczową.

Dyskusya: Latkowski (Kraków) brał udział w próbach, robionych w klinice wewnętrznej nad obydwoma separatorami. Uważa seperator Luysa za lepszy, ale wogóle stoją one niżej od cewników. Wprowadzenie ich (szczególniej Cathelina) jest bardzo bolesne, osobliwie w stanie chorobowym pęcherza. Nadto przyrządy te są grube, by je przez cewkę męską można przeprowadzić. Po Luysie widział L. wyniki, po Cathelinie żadnych.

Bossowski (Kraków) sądzi, że Cathelin sprawia bóle, ale separuje lepiej i to, co separuje, jest giętkie, podczas gdy w separatorze Luysa jest twardy pręt metalowy.

Rydygier (Lwów) zwraca uwagę, że w separatorze Luysa przesuwa się przegroda elastyczna i nie jest twarda na końcu. Ma jeszcze tę zaletę, że jest o wiele tańszy (76 franków, tamten 200). Można jego grubość doprowadzić do Nru 15 skali Charriera, a więc dla chłopaka 14-letniego, a dziewczynki 9-letniej. Mimo tych separatorów R. woli wprowadzać cewniki do moczowodów.

33). Kryński (Warszawa): W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki. Nerki trzymane są: 1) powięziami, 2) sznurkiem naczyniowym, 3) otrzewną, 4) ciśnieniem brzusznem. Z powięzi bardzo ważną jest powięź nerkowa, która się dzieli na powięź przednerkową i zanerkową, te się z sobą nie łączą; oprócz tego idzie od przepony powięź, która się też dzieli na pokrywającą przednią i tylną część nerki. Pod wpływem pewnych czynników przesuwa się nerka ku dołowi i ku wewnątrz, bo jej inaczej powięź nie puszcza. Od sznurka naczyniowego znów zależy kierunek opuszczającej się nerki i nerka może tylko tak daleko zajść, jak na to pozwala długość sznurka; potem nerka może robić tylko ruchy wahadłowe. Najważniejszym czynnikiem, utrzymującym nerkę, jest, zdaniem Dunina, otrzewna, lecz Albarran zbił doświadczeniem to zdanie. Wołkow i Delicyn zwrócili uwagę na ważność ciśnienia wewnątrzbrzusznego. Co do ruchomości nerek panuje niezgodność między zdaniem anatomopatologów, a klinicystów, bo gdy pierwsi na podstawie swego materyału przyjmują 1 : 1000, to klinicyści twierdzą, że co trzecia kobieta ma nerki ruchome. Może pozycya leżąca trupa i niezwracanie uwagi przez anatomów dają tak wielką różnicę. Miejsce, gdzie leży nerka u mężczyzny, różni się od miejsca u kobiety, i to nam tłómaczy częstość powstawania u kobiet. Także zdaniem K. noszenie obcasów wpływa na to wskutek wytwarzania się wygięć kręgosłupa ku przodowi, a także i gorset, który zazwyczaj uciska klatkę piersiową. Położnicy zaś zwracają uwagę na to, że po kilku porodach występują często obniżenie nerek. Leczyć można w dwojaki sposób: operacyjnie lub zachowawczo. Operować powinno się tam, gdzie metoda zachowawcza nie dała wyniku i tam, gdzie wszystkie dolegliwości można usunąć, gdyż inaczej dyskredytuje się leczenie. Nieoperowaniem można też dużo zrobić: ułożenie do łóżka na kilka miesięcy, forsowne odżywianie. Tam, gdzie leżeć nie można, dać opaski, ale unikać elastycznych opasek z pelotą, bo ona nie trzyma wcale, a wywołuje przykre następstwa. Lepiej założyć opaskę na brzuch,

a na to gorset, nie uciskający klatki piersiowej. Oprócz tego pomaga mięsienie nerki ruchomej.

33). Stopczański (Lwów): O operowaniu krwawnic metodą Riedla. Operacya Riedla wykonuje się w ten sposób, że się palcami zagiętymi rozrywa zwieracz, następnie wkłuwa się igłę z katgutem w błonę śluzową powyżej zwieracza, przeciąga się szew popod żyły krwawnicze przez najgłębszą warstwę zwieracza, wykłuwając na granicy błony śluzowej i skóry, poczem się szew wiąże. W podobny sposób zakłada się w odległości $^3/_4$ ctm. od pierwszego szwu następnie w równych odstępach. W klinice lwowskiej operowano tą metodą pięć razy; nie zauważono żadnego powikłania, ani ropienia; sposób ten ma tylko tę wadę, że kilkadziesiąt godzin po operacyi trwają bardzo znaczne dolegliwości. Zaletą zaś jego jest to, że jestto metoda bardzo prosta, można ją zastosować u chorych ze zmianami w odbytnicy (przetoki, stany zapalne, szczeliny, guzy krwawnicze uwięznięte i t. d.). Czas leczenia pooperacyjnego trwa 10—15 dni: operacyę tę może wykonać każdy lekarz, nawet nie chirurg.

34). Klęsk (Kraków): Kora mózgowa w świetle badań fizyologi i chirurgii. Przyczynek do nauki o lokalizacyi i regeneracyi ośrodków mózgowych. R. dzieli ośrodki mózgowe na trzy grupy: 1) ośrodki, mogące zaopatrzyć dany narząd obwodowy zupełnie dobrze i z jednej półkuli dla obu połów ciała. Tu należą ośrodki oddechania, grzbietu, żucia, symetrycznych ruchów twarzy i t. d. W razie zniszczenia ich w jednej półkuli, porażenie nie występuje, gdyż obejmują funkcyę ośrodki tesame półkuli drugiej; 2) ośrodki, unerwiające dany narząd do połowy z jednej, a do połowy z drugiej półkuli (wzrokowe), lub w znacznej części z przeciwnej, a w małej tylko z tej samej półkuli (wszystkie grube ruchy, czucie i t. d.; 3) ośrodki (typ najwyższy), usadowione tylko w jednej półkuli i służące do pewnych subtelnych i wyższych czynności. Zniszczenie ośrodków typu drugiego wywołuje połowicze porażenie w obu połowach ciała (np. połowicze widzenie) lub porażenie tylko połowy ciała. Zniszczenie zaś ośrodków typu trzeciego wywołuje zwykle trwałe porażenie, zwłaszcza, jeśli zniszczenie to sięga po za obręb danego ośrodka. Ośrodki te są najczulsze i najprędzej ulegają porażeniu (mowa, subtelne ruchy rąk i t. d.). Wnioski, jakie prelegent na mocy prac innych i swoich doświadczeń na zwierzętach wyciąga, dadzą się ująć w następujących punktach: 1) Ośrodki korowe mózgu należy uważać w pojęciu fizyologicznem za zakończenia rozgałęzień danego nerwu w korze mózgowej. Zakończenia te tworzą w pewnych miejscach ogniska, t. j. punkty największej intenzywności danego ośrodka; porażenie ich powoduje niedowłady, krócej lub dłużej trwające porażenia, lub zupełne wypadnięcie funkcyi. 2) Powrót czynności nastąpić może przez objęcie czynności dalszych partyi ośrodka (w razie zniszczenia częściowego), rzadziej już przez inne partye tej samej półkuli, w wyjątkowych zaś przypadkach funkcyę danego ośrodka przyjąć

może i odpowiedni ośrodek drugiej półkuli. 3) Ośrodki nie mają ścisłych granic, lecz zachodzą na siebie. 4) Część ośrodka można przy zabiegach chirurgicznych swobodnie wycinać. Przy przecinaniu kory mózgowej, np. celem szukania czegoś głębiej, należy używać cięć prostych, unikać zaś cięć kolistych.

35). Żuławski (Gorlice): Przedstawienie chorego i preparatu po wycięciu rękojeści i części mostka, oraz kilka słów w sprawie gruźlicy. Prelegent przedstawia chorego 8-letniego, u którego z powodu gruźliczego zniszczenia mostka wyciął pozostałe jego części, a od strony obojczyków eksartykulował. Mimoto czynność kończyn górnych nie została upośledzoną, powierzchnię obojczyków żaś zbliżyły się i wytworzył się staw. Prelegent omawia smutne stosunki w szpitalach prowincyonalnych, gdzie znaczny odsetek chorych (przeszło 20%) cierpi na gruźlicę w różnych postaciach; jest zdania, że państwo powinno się energiczniej zająć zapobieganiem gruźlicy, a jako jeden ze środków zaradczych uważa Z. szczepienie ochronne tuberkuliną.

36). Jankowski (Warszawa): O przedziurawieniach jelita w durze. J. zdaje sprawę z przypadku duru ambulatoryjnego, w którym nastąpiło przedziurawienie jelita. Przypadek operowano i chory wyzdrowiał. Operowano w ten sposób, że brzegi wrzodu okrojono, a po obrównaniu zeszyto i opatrzono gazą jodoformową. Statystyka tych operowanych przypadków wykazuje coraz to lepsze wyniki: w roku 1901 na 107 przypadków wyzdrowiało 23. Midlewski podaje w roku 1902 28% wyzdrowienia, Harte w roku 1903 na 333 przypadków 31% wyzdrowień.

37) Barącz (Lwów): Krótki przegląd na obecny stan techniki operacyjnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej na podstawie własnych spostrzeżen. W Ameryce wszystko operuje się w szpitalu; w domu nie operuje się wcale; to też szpitale są podzielone na dwie części: jedna dla chorych szpitalnych, druga dla chorych prywatnych. Dozorują po salach posługaczki, które odbyły trzyletni kurs w szkole dla posługaczek, one też przygotowują do operacyi, gotują narzędzia i asystują przy operacyi. W Ameryce używają środka antyseptycznego, wynalezionego przez Roberta Weira: jestto mieszanina sody zwykłej (do prania) i chlorku wapna, dodaje się trochę wody i wciera w rece przez 3—5 minut; uczuwa się początkowo gorąco, a potem chłód. Wytwarza się wolny chlor, znakomity środek bakteryobójczy i płyn Labaraca; badania umytych w ten sposób rąk wykazały, że są jałowe. Sposób ten sprawia, co prawda, woń bardzo nieprzyjemną, duszącą; by tę woń chloru usunąć, nalewa się na ręce 5% wody amoniakalnej, która woń usuwa. Skóra przy tej metodzie jest bardzo mało drażnioną. Amerykanie operują w rękawiczkach gumowych, nie mają ropienia po operacyi. Opatrunki wyjaławiają podobnie, jak my. Katgut sterylizują sposobem Elsberga: wysycony roz-

czyn siarkanu sodowego, potem alkohol i olej jałowcowy; są jednak w użyciu inne sposoby, np. Sell w Chicago używa katgutu jodowego według Blocha; silkwanu używają na szwy zewnętrzne. Murphy używa w celach antyseptycznych zamiast jodoformu „bismutum oxyjodatum,“ zamiast drenu zaś kawałek gazy w papierze gutaperkowym sterylizowanym, który się daje łatwo wyciągnąć. Do mieszanki jodoformowej przy gruźlicy używają dużo formaliny. Maski do usypiania robią z papieru; są to woreczki, do których się daje trochę gazy, nalewa się trochę etern i tem się usypia dzieci przy małych operacyach. Do znieczuleń miejscowych używają kokainy, eukainy, nirwaniny; wstrzykują też kokainę do pni nerwowych; metody Biera zaniechano zupełnie Roentgen jest bardzo częstym w zastosowaniu; używają przyrządów wielkich; leczą nim toczeń, wągry, raka skórnego i nawroty raka. Ochsner stwierdził zmniejszenie się raka. Skrzywienie kręgosłupa leczą metodą Lorenza. Gastroenterostomię robią metodą Murphyego i Mc Raba. Co do zapalenia wyrostka robaczkowego, to poczytują za błąd interniście, jeśli nie wzywa chirurga; operują zwykle w pierwszych 24 godzinach; jeśli zaś nie, to po napadzie nigdy nie mają przypadków przedziurawienia wyrostka. Po odcięciu wyrostka robaczkowego jedni go przypalają, inni obszywają. Przepukliny operują metodą Bassiniego i Halstädta.

38). Bossowski (Kraków): Metoda wyjaławiania katgutu według Blocha. B. używa katgutu, wyjałowionego sposobem Blocha, od czasu się ukazania referatu w „Centralblacie“ w październiku r. z. Daje się 10 grm. czystego jodu do rozczynu 10: 100 jodku potasu, a dopiero po rozpuszczeniu się jodu dodaje się 1000 grm. wody przekroplonej i ma się gotowy płyn Blocha, do którego wkłada się surowy katgut, a po 24 godzinach staje się on jałowym. B. radzi, by katgut dla pewności przed użyciem potrzymać przez tydzień w płynie Blocha. Katgut ten jest dobry i nigdy nie zawodzi. Prelegent użył go przy operacyi wola, przepukliny naczyniaka limfatycznego, szył nim otrzewnę i nigdy się nie zawiódł. Ponieważ jednak kanały szwów nie są tak ładne, przeto nie używa go do szycia skóry. B. poleca go bardzo gorąco.

39). Wehr (Lwów): O wartości katgutu jodowego. W. może się tylko przyłączyć do zdania Bosoowskiego. Można taką nitkę katgutu owinąć na palec i rzucić na pożywkę, a nie wyrasta nic; a przecież nie mamy rąk jałowych; jestto zaletą, że katgut ma w sobie trochę tego środka przeciwgnilnego, w którym leży. Wehr daje go zwykle przed użyciem do 20% karbolu. Prelegent pakazuje słój, w którym ma katgut od dwóch miesięcy, a zawsze jest on dobry.

Dyskusya: Kozłowski (Drohobycz) dodaje, że zaletą katgutu tego jest jeszcze to, że nie pęcznieje; by zaś zapobiedz jego szorstkości, trzeba go opłókać przez chwilę w wyskoku.

Kryński (Warszawa) używa tego katgutu od dwóch miesięcy i jest z niego zadowolony.

Kader (Kraków) trzyma ten katgut w specyalnych flaszkach i uważa go za najbardziej jałowy.

Rydygier (Lwów) przyznaje, że jest to istotnie dobry katgut, ale on używa suchego, który sterylizuje w paczkach po pięć nitek, jak to wypróbował Kozłowski jeszcze dawniej. Jest ze swego katgutu zadowolniony; w takim słoju, zdaniem R., jest za dużo nitek.

Bosowski (Kraków) radzi jeszcze sporządzać sobie samemu rozczyn do katgutu, a nie brać zrobiony przez aptekarzy. Trzeba robić w ten sposób: jod, roztarty na najdelikatniejszy proszek, zalać rozczynem jodku potasu (10: 100 ctm.[3]), potem 24 godziny czekać i dopiero wtedy dopełnić wodą do 1000 grm. i dać do tego katgut.

Wehr (Lwów) dodaje, że dla ginekologów ma katgut te zalety, gdyż ulega wessaniu dopiero po 10—12 dniach. Katgut do laparotomii przechowuje się w osobnych naczyniach i na zwijadełkach. Może go wszystkim polecić, szczególniej lekarzom praktycznym.

40). Rydygier (*jun.*) Lwów): O znieczulaniu tropakokainą sposobem Kozłowskiego. Po raz pierwszy próbowano wstrzykiwań do rdzenia i w klinice lwowskiej, gdzie z tej metody są bardzo zadowoleni; postępują tak jak podał zeszłego roku Kozłowski. Z objawów następowych należy zanotować ból głowy i to tylko wtedy, gdy się coś robi w położeniu Trendelenburga, ale rzadko. Przeciwwskazaniem jest wysokie położenie miejsca operacyjnego, a wskazaniem są cierpienia nerek, które się oszczędza przez usunięcie uśpienia chloroformem. W klinice lwowskiej rozpuszczają tropakokainę odrazu w strzykawce Luera, z której poprzednio tłok usunięto, chwytając wprost do niej płyn mózgordzeniowy. Igłę wbijają między I a II. krąg lędźwiowy. Na 49 przypadków w dwóch nie nastąpiło znieczulenie, w trzech zaś przypadkach za prędko minęło.

41). Przybylski (Kraków): Dalsze uwagi nad znieczulaniem lędźwiowem tropakokainą. Prelegent zbija w swym odczycie zarzuty, robione temu sposobowi znieczulania. Przypadki śmierci z powodu wstrzykiwania do kanału rdzeniowego, znane z piśmiennictwa, dotyczyły osobników z cierpieniami nowotworowemi mózgu i rdzenia, zwłaszcza z umiejscowieniem w okolicy móżdżku; śmierć spowodowaną została nagłą zmianą w hydrostatycznej rownowadze płynu mózgordzeniowego w czaszce i kanale rdzeniowym. Co się zaś tyczy objawów ubocznych, zniechęcających do używania tego znieczulania, to te zeszły na plan drugi z chwilą zastosowania eukainy *alfa* i *beta*, tropakokainy i sposobu Guinarda i Kozłowskiego. Różnica zdań panuje jeszcze co do wskazań i zakresu używania tego znieczulania. W klinice krakowskiej operują metodą Biera; ale za to po niej niema się tyle zapaleń płuc, można stosować u chorych z cierpieniami dróg oddechowych i nerek, przy wadach sercowych i zwapnieniu tętnic. Nadto chorzy nie są po operacyi narażeni na głodzenie się i wstrzymanie od picia, jak przy chloroformie. Dotychczas w klinice krakowskiej naliczają 300 przypadków tego sposobu znieczulania i na tej podstawie twierdzi P., że metoda ta ma warunki zapewnienia sobie stałego miejsca w chirurgi.

Dyskusya: Kader (Kraków) stosuje 20% tropakokaine wypuszcza 8 ctm.[3] płynu mózgordzeniowego, a wstrzykuje 0,08 tropakokainy (4 ctm.[3] płynu). Wstrzykuje strzykawką z zamknięciem bagnetowem i ma swego pomysłu naczynie do przygotowania rozczynu. Wyraza radość, że Rydygier do tych prób się przyłączył.

Rydygier (Lwów) dał się nakłonić do tych prób dzięki modyfikacyi Kozłowskiego, która zdaniem R. ma te zalety, że jest nieskomplikowaną, prostą i z niej bardzo zadowolony. Tropakokainę nabiera się łyżeczką unormowaną.

Kozłowski (Drohobycz) ma 115 przypadków; gorączka bywa rzadko, najwyższa 38°. Używa niesterylizowanej kokainy, a jeśli kto ma skrupuły co do tego, może ją łatwo w wyskoku wyjałowić.

42). Kossobudzki (Warszawa): O nowym sposobie gastroenterostomi, wykonanej na psach. Sposób ten polega na tem, iż po otwarciu jamy brzusznej wyciąga się szczypczykami jelito, które tworzy lejek i dno tego lejka podwiązuje; podobnie podwiązuje dno lejka, wytworzonego ze ściany żołądka, a po podwiązaniu wypala części nad podwiązanemi dnami i zeszywa. Drożność jest dobra.

43) Kossobudzki (Warszawa): Nasze szpitale i gruźlica chirurgiczna. K. omawia stosunki w naszych szpitalach, które będąc przeładowane pacyentami i przewlekłemi schorzeniami gruźliczemi, nie mogą zadość czynić stawianym obecnie wymaganiom. Zdaniem prelegenta powinny być osobne szpitale dla gruźlicy chirurgicznej, względnie oddziały z odpowiedniemi urządzeniami zdrowotnemi.

44) Habicht (Kraków): Pzypadek urazowego tężca, wyleczonego surowicą przeciwtężcową (z demonstracyą preparatu bakteryologicznego). Do szpitala św. Ludwika zgłosiła się chora skaleczona przed 9 dniami, z objawami tężca; przypadek przedstawiał się rozpaczliwie. Wstrzyknięto zaraz 60 ctm.[3] surowicy przeciwtężcowej Bujwida, potem przez 3 dni po 20 ctm.[3]. Nastąpiła znaczna poprawa, a po 15-tu dniach chora była uleczoną. Z rany na nodze wydobyto kostkę, z której wychowano prątki tężca, obrzęku złośliwego i jakiegoś paciorkowca. Rozpoznanie tężca sprawdzono nietylko badaniem drobnowidowem i hodowlą, ale także doświadczeniem na zwierzętach. Prelegent sądzi, że należy w każdym przypadku tężca wstrzykiwać surowicę w większych dawkach, a z zasady w zranieniach należy wstrzykiwać zapobiegawczo 5—10 ctm.[3] surowicy.

45). Sołtysik (Stryj): Trzy przypadki niedrożności jelit leczone wstrzyknięciem atropiny. S. jest stanowczo za operacyą, lecz chorzy, o których mowa, nie chcieli się poddać operacyi. W jednym przypadku zastosował prelegent 0,0055 atropiny; po 48 godzinach nastąpiło wypróżnienie; po jakimś czasie znów był zmuszony wstrzyknąć 0,005; po czterech tygodniach chory umarł. W drugim przypadku wstrzyknął ogółem 0,004, po 36 godzinach nastąpił stolec i wiatry. W trzecim wstrzyknięto 0,0015, a wogóle 0,003; chory ten miał już wymioty kałowe; nadto zastosował prelegent okład sublimatowy na brzuch, poczem chory wrócił do zdrowia. W każdym razie, jeśli operacya nie jest możebna, należy spróbować atropinę.

46). Kader (Kraków): Przedstawienie przyrządu do leczenia schorzeń w stawie biodrowym. Przyrządy te stosuje Kader po ustąpieniu ostrych objawów zapalenia stawu kulszowego; różnią się one od Hessingowskich i innych tem, że część miednicowa połączona jest z częścią nożną szyną podwójną, boczną i tylną. Część miednicowa posiada zamknięcie tylne i przednie w postaci ram, zapobiegającej wszelkiej ruchomości, sięga przytem wysoko aż po klatkę piersiową.

Prof. Rydygier zamyka Zjazd, wyrażając swą radość z powodu jego udania się, tak co do liczby członków, jak i co do wygłoszonych wykładów. Stwierdza tylko z żalem, że kilka wykładów dla braku czasu nie mogło się odbyć. Zdaniem jego czasu dośćby było, bo trzy dni trwał Zjazd, gdyby przewodniczący ukrócał nieco dyskusye, nie pozwalając mówcom dłużej mówić, niż regulamin na to pozwala. Musi przecież nie należeć do przyjemności, by wykład przygotować, na Zjazd przyjechać i nie mieć możności wypowiedzenia wykładu. Na pocieszenie zaprasza prof. Rydygier na Zjazd do Lwowa z uwagą, że „na przyszłość będziemy się musieli skracać.“



Krytyka i bibliografia.

„Głos lekarzy.“ Organ lekarzy Galicyi, Śląska i Bukowiny. Lwów. №№: 1 do 9. Rok 1903.

Od Lipca r. b. wychodzi we Lwowie dwutygodnik poświęcony sprawom zawodu lekarskiego.

Organizacya lekarzy Galicyi zawodowa, w postaci izb lekarskich, umożliwia kolegom galicyjskim walkę o prawa, o należne zawodowi naszemu w społeczeństwie stanowisko.

Na wzór więc państw innych, gdzie lekarze są zorganizowani—istnienie podobnego pisma zawodowego jest zupełnie usprawiedliwione.

Niewątpimy, że nowy organ swe praktyczne zadanie spełni; treść numerów, które dotąd wyszły, jest bardzo urozmaicona, a większość artykułów porusza sprawy ważne dla interesów materyalnych lekarzy galicyjskich.

Od jednej uwagi niepodobna się powstrzymać, przeglądając zeszyty nowego pisma.

Redakcya w swym programie żadnych własnych haseł nie wygłasza. Swoje zadanie ogranicza do obowiązku czuwania „nad porządkiem, nad tokiem i formą obrad,“ jakie się będą odbywały na łamach pisma, które ma być „nieustającym Wiecem lekarskim.“

Jestto stanowisko nazbyt już objektywne.

Zupełnie inaczej sobie zadanie kierowników podobnego organu przedstawiałbym; powinni to być ludzie określonych przekonań, którzy chcą reformować obecne stosunkl lekarskie w myśl jakichś swych, wyraźnie zaznaczonych ideałów.

Takich wytycznych w programie niema, prócz jedynego: troska o byt.

Kierunek nadany „Głosowi lekarzy“ sprawił, że wszyscy zabierający głosy jeden ideał, jednę reformę, jeden brak tylko w naszem życiu zawodowem znaleźli.

Tym brakiem—zbyt małe zarobki; tą reformą—walka o większe pensye; tym ideałem – powiększenie dochodów.

Dewizą „Głosu lekarzy“ jest: w jedności siła!

Ale czyż zjednoczać się mamy pod hasłem strejku (więcej lub mniej wyraźnego) przeciw ogółowi, by od niego wymusić lepsze honorarya?

Tysiące uzasadnionych żalów i pretensyi mamy do społeczeństwa. Mamy bezwarunkowe prawo bronić się przeciw wyzyskowi, jakiemu coraz częściej ulegamy. Musimy tworzyć i związki samoobrony i stowarzyszenia samopomocy. Ale na tem niewyczerpuje się przecież szereg spraw, które sprawami zawodowemi nazywamy!

Wspomina wprawdzie artykuł programowy i o idealniejszych zadaniach organizacyi i pisma, ale tylko bardzo dorywczo; że jednak większość zrozumiała program redakcyi jako program czysto ekonomiczny – dowodem dobór prac dotąd wydrukowanych. Są to wszystko bardzo ważne sprawy, jakie poruszono, tak jak bezwątpienia pierwszorzędnej wagi sprawą dla każdego z nas jest sprawa — chleba codziennego. Ale jednostronność, monotonna jednostajność tych skarg i utyskiwań na otoczenie, budzi zapytanie: czyż już wszystkie winy są po tamtej stronie, że w dziewięciu numerach pisma zawodowego niemasz ani słowa o potrzebie pewnych zmian na wewnątrz, wśród siebie?...

Ten aż do zbytku prokuratorski ton, oskarżający społeczeństwo na różny sposób, nie może nam zyskać sympatyi ogółu, nawet oświeconego.

A dla nas samych jest taki ton pisma szkodliwy, bo budzi rozgoryczenie, niechęć do zawodu, wywołuje ten demoralizujący stan duchowy, kiedy się czujemy nieustannie ofiarami losów i stosunków.

Mojem zdaniem, pismo zawodowe musi być oparte na jakiejś nieco szerszej podstawie ideowej, aniżeli sprawa walki o podwyższenie dochodów. Już bowiem aż nadto nas materyalizuje ogólny prąd życia współczesnego. Należy walczyć o polepszenie stanu, bo — powtarzam—stan lekarski bezwarunkowo jest jeszcze w wielu razach upośledzony. Ale, jak wszędzie, tak i tu przesada jest szkodliwa. A za wielką przesadę uważam utożsamianie spraw zawodowych ze sprawami ekonomicznemi.

Najgorsze jednak, co ten prąd już zdziałał (bo to prąd europejski, który my naśladujemy tylko), to: wciągnięcie młodzieży uniwersyteckiej do spraw, które nam nigdy za czasów uniwersyteckich (nie tak znów dalekich) do głowy nie przychodziły.

Różne wady przypisywali „ludzie trzeźwi“ naszej młodzieży uniwersyteckiej, medykom zwłaszcza. Ale tego zarzutu im nikt nie uczynił, by w swych ideałach zniżała się do obliczania zysków i strat ze swego zawodu przyszłego płynących.

Tymczasem, co się dzieje dzięki kierunkowi, którego rzecznikiem jest „Głos lekarzy“?

Zaraz w pierwszych zeszytach czytamy obszerne sprawozdanie o wiecu medyków (studentów) w Wiedniu; sprawozdanie zdawali przed wiecem studentów lwowskich dwaj ich delegowani do Wiednia. Na wstępie swego sprawozdania przytaczają słowa prof. Chrobaka, który, oddając salę Tow. lekarskiego na wiec, przemówienie swe skończył słowami, że „salę towarzystwa lekarskiego, która służy wyłącznie do celów naukowych, oddaje młodzieży, gdyż się spodziewa, że młodzież, która nieposiada jeszcze doświadczenia życiowego, przemawiać będzie w imię swych ideałów.“

Nie wiem po co panowie sprawozdawcy powtórzyli słowa Chrobaka. Tak łatwo je było zamilczeć! A wtedy nie wyglądałoby na mimowolną ironię to, co dalej się na wiecu działo.

Albowiem dalej młodzież tak przemawiała w imię „swych ideałów,“ jak gdyby „zajmowanie się swem przyszłem materyalnem położeniem“ było integralną częścią tych „ideałów.“

Mówiono o „rozwoju prawodawstwa socyalnego,“ (które tysiącom wydziedziczonych z pomocą śpieszy)—jako o czemś pożałowania godnem.

Troskano się o to, że za wiele osób korzysta z bezpłatnej pomocy lekarskiej, że zamożni należą do kas chorych i t. d., i t. d.

Jak gdyby potrzeba było dopiero zatruwać dusze tej młodzieży brudną troską dnia powszedniego, by się dowiedzieć tak wielkich myśli i nowych prawd!

Wciągnięcie młodzieży uniwersyteckiej w wir walki, a do tego w wir walki o chleb; pozbawienie jej tej wiary w czystość

nauki, którą powinna studyować z miłości do wiedzy, a nie z miłości do karyery; brutalne wyparcie jej ze świątyń laboratoryów i klinik na targowisko codziennego życia oto smutny wynik tego jednostronnego pojmowania spraw zawodowych, jakiego przedstawicielem stać się chce u nas „Głos lekarzy. *)

Seweryn Sterling.



KRONIKA

71. Odczyty ludowe w Łodzi. Staraniem Łódzkiego oddziału Towarzystwa Hygienicznego odbywają się od 15 Listopada odczyty ludowe. W pierwszej seryi tych odczytów bierze udział sześciu poelegentów; każdy z nich wygłosi swój odczyt trzykrotnie, w różnych dzielnicach miasta. Cena wejścia na odczyt wynosi 10 groszy.

Treść odczytów: „Jak zbudowane jest ciało człowieka (kol. Pieniążek). „O trawieniu“ (kol. Rząd). „O powietrzu“ (kol. Michalski). „O hygienie skóry“ (kol. Grossglik). „O oddychaniu“ (kol. Rundo). „O suchotach“ (kol. Sterling).

Odczyty będą objaśniane przy pomocy latarni magicznej, rysunków i modeli.

Zezwolenie na odczyty otrzymano na podstawie prawideł o odczytach ludowych z medycyny (Cyrkularz Minister. Spraw. Wewn.. Depart. Spraw Ogólnych. 10 Sierpnia 1901. № 9), przedstawiwszy Władzom gubernialnym do zatwierdzenia krótką treść odczytu.

Niezależnie od tego od d. 8 Listopada w każdą niedzielę w sali jadalnej przy fabryce Tow. L. Geyera w Łodzi. kol. Margulies wygłasza popularną pogadankę „o życiu człowieka.“ Bilet wejścia kosztuje kop. 10.

72. Zniesienie szkoły babek wiejskich. Ministeryum spraw wewnętrznych nie zgodziło się na dalsze istnienie w Warszawie szkoły babek wiejskich; o powyższem rozporządzeniu zawiadomiono władze tutejsze.

73. O prawo praktyki. Niektóre z włościanek gub. kieleckiej, korzystając z blizkości Krakowa, udają się na naukę do tamtejszej szkoły akuszeryjnej, po ukończeniu której otrzymują odpowiedni dyplom, równający się rosyjskiemu dyplomowi na stopień akuszerki II-go rzędu.

Ponieważ jednak świadectwa zagraniczne nie dają prawa zajmowania się praktyką w państwie, niektóre z takich akuszerek zaczęły zwracać się do warszawskiej szkoły akuszeryjnej przy instytucie położniczym z prożbami o dopuszczenie ich do egzaminu dla prawa praktykowania po wsiach w Królestwie,

Władza właściwa przychyliła się do tej prośby.

74. Prawa i obowiązki wójtów gmin w zakresie zdrowotności ogółu. Wśród szeroko zakreślonych przez prawodawcę praw i obowiązków wójtów gmin, nieposlednie miejsce zajmują sprawy, mające związek ze zdrowotnością ogółu.

---

*) Nie należy utożsamiać tego ruchu obrony interesów lekarskich, słusznego wśród lekarzy, rozkładowego dla młodzieży uniwersyteckiej, z ruchem informującym szeroki ogół o tem, że materyalne położenie lekarzy co raz gorszem się staje. Nikt nie może zganić np. pożytku rozsyłania odpowiednich odezw do rodziców uczniów, kończących szkoły średnie i stojących przed wyborem zawodu.

Na zasadzie zatwierdzonych 17 czerwca 1839 roku przez Głównego Dyrektora do spraw wewnętrznych, wyznań i oświaty „Ogólnych przepisów policyjno-lekarskich dla władz administracyjnych w Królestwie Polskiem *), polecono władzom administracyjnym dawać pomoc lekarzom i wypełniać następujące przepisy:

1. Zalecić właścicielom majątków ziemskich i domów, oraz rządcom jednych i drugich, by o każdym wyzapadnięcia kilku osób na jedną chorobę dawali znać najbliższemu urzędowi policyjnemu. Władza policyjna ze swej strony po otrzymaniu takiego zawiadomienia obowiązana jest przesłać je lekarzowi powiatowemu lub miejskiemu.

2. Przez czas trwania epidemii władze policyjne winny w miarę potrzeby i możności ściśle wykonywać odnośne rozporządzenie; w razie braku odpowiednich przepisów lub nim takie przepisy zostaną wydane, władze policyjne obowiązane są wykonywać polecenie najbliższego lekarza, bądź oparte na rozporządzeniach władzy, bądź wydane przez samego lekarza. W tym jednak wypadku policya ma zdać swym przełożonym szczegółowy raport o wydanych poleceniach.

3. Władze policyjne obowiązane są zająć się zapobieganiem szerzeniu się choroby zakaźnej wespół z lekarzem w każdym wypadku istnienia epidemii, stosując się do odnośnych przepisów.

4. W razie utopienia się, powieszenia, zatrucia kwasem węglowym i we wszystkich tym podobnych wypadkach, gdy nagła śmierć zagraża człowiekowi, władza policyjna, na równi ze świadkami wypadku, winna natychmiast wezwać najbliższego lekarza, będącego na urzędzie lub wolnopraktykującego, a nawet felczera, w celu udzielenia ofiarze wypadku pomocy.

5. O wszystkich zajmujących się praktyką lekarską bez odpowiednich świadectw i praw władze policyjne obowiązane są natychmiast donosić swym przełożonym.

6. O każdym wypadku przyrządzenia lekarstw, handlowanie niemi, rozgawania bezpłatnego, sprzedawania trucizn, farb metalicznych i wogóle handlowania środkami silnie działającemi przez osoby nieupoważnione do tego, policya, sprawdziwszy wespół z lekarzem rzecz na miejscu, opieczętowuje materyały, spisuje protokuł i postępuje według przepisów ustawy aptekarskiej.

W razie nieobecności lekarza policya sama opieczętuje nieprawnie sprzedawane środki, a przeprowadzi śledztwo po powrocie lekarza. Policya jest obowiązana pomagać lekarzom w dozorowaniu dokładnego spełniania przepisów i prawideł, co do handlu w składach materyałów aptecznych.

7. Policya daje baczenie, by gdziekolwiek, osobliwie zaś na targach i jarmarkach, nie handlowano t. zw. tajemnymi środkami leczniczymi.

8. Na żądanie lekarzów, będących na urzędzie, władza policyjna winna, wespół z nimi dokonywać rewizyi aptek, sklepów, piwnic, restauracyi, cukierni, szynków, jatek i wszystkich sklepów, gdzie się odbywa sprzedaż produktów spożywczych i napojów. Wszystko szkodliwe dla zdrowia lub sprzedawane wbrew obowiązującym przepisom winno być opięczętowane i oddane pod dozór policyi, która o dokonaniu rewizyi donosi swej władzy. Policya, o ile spostrzeże podobne niedokładności, sama wzywa lekarza i postępuje, jak wskazane wyżej. W razie nieobecności lekarza, gdy w dodatku sprawa nie może uledz zwłoce, policya sama wykona rewizyę, którą należy powtórzyć po powrocie lekarza. W razie braku lekarza, sprawiającego jakiś urząd, policya ma prawo wezwać na rewizyę najbliższego lekarza wolnopraktykującego.

9. Do obowiązków policyi należy nadzór nad czystością i porządkiem na ulicach i placach w miasteczkach i osadach oraz na podwórzach i przed domami; policya winna pilnować, by wszelkie nieczystości z podwórz i ulic były wywożone i zwalane na wyznaczonych miejscach po za obrębem miasta; winna dawać baczenie, by kanały i ścieki odpływowe dla wody i nieczystości były oczyszczane co jakiś czas;

---

*) Przepisy te zostały ogłoszone w numerze 26 „Ogólnego rozporządzenia wydziału spraw wewnętrznych Królestwa Polskiego." Jednocześnie polecono je wykonywać.

dozorować nad porządkiem w rzeźniach, jatkach i wogóle we wszystkich miejscach, przeznaczonych do sprzedaży wytworów spożywczych; do policyi należy dozór nad pobielaniem naczyń miedzianych po restauracyach, cukierniach, i t. p., nad świeżością wszelkich produktów spożywczych i napojów; pilnowanie dokładnego zakopywania ciał zmarłych na cmentarzach i t. p. W razie zauważenia jakiejś pod tym względem niedokładności, policya obowiązana natychmiast przerwać samą czynność, w razie potrzeby opinii lekarskiej zasięgnąć zdania najbliższego lekarza. Wezwana przez lekarza na miejsce jednego z powyżej wymienionych przestępstw, policya winna natychmiast pośpieszyć na wezwanie i postąpić według instrukcyi lekarzów.

10. Wszelkie polecenia i zarządzenia w zakresie policyi sanitarnej winnni urzędnicy policyjni wykonywać możliwie śpiesznie i dokładnie, o ile te zarządzenia mają na celu zdrowie ogółu i są w zgodzie z instrukcyą dla lekarzów.

11. Do obowiązków policyi należy również dozór, by ciała zmarłych nie były grzebane przed upływem wyznaczonego terminu.

Uwaga. W § 6 prawideł zatwierdzonych 31 maja 1846 roku przez radę administracyjną Królestwa Polskiego, powiedziano, że urzędnikom stanu cywilnego przysługuje prawo z godnie z treścią artykułu 131 kodeksu cywilnego Królestwa Polskiedo wydawania pozwolenia na pogrzeb. Ciż sami urzędnicy obowiązani są sprawdzić fakt zejścia. W § zaś 7 tych samych prawideł polecono władzom policyjno-administracyjnym udzielać pozwolenia na przyśpieszenie lub opóźnienie pogrzebu jedynie w razach koniecznych.

12. Policya winna pilnować, by wydobywanie i przewożenie ciał zmarłych odbywało się jedynie za pozwoleninm władzy i według odnośnych przepisów.

Uwaga. Najwyżej zatwierdzone postanowienie Komitetu Urządzającego w Królestwię Polskiem poleca rozciągnąć i na Królestwo sposób wyjednywania pozwoleń na przewóz zmarłych obowiązujący w Cesarstwie przy przewożeniu z gubernii do gubernii lub z zagranicy do Cesarstwa.

13. Na żądanie lekarzów policya winna im dostarczać wszelkich danych statystycznych, potrzebnych do prac medyczno-statystycznych.

14. Policya winna dać pomoc lekarzom i osobom przeznaczonym do szczepienia ospy w gminach przy wykonywaniu ich czynności.

Uwaga. Dekret księcia warszawskiego i króla saskiego. z dnia 4 września 1811 roku (Dziennik praw Księstwa Warszawskiego t. III str. 383) i okólnik ministeryum spraw wewnętrznych księstwa z dnia 17 października 1811 r. za nr. 52/594, poleceń dla rządów gubernialnych i urzędów powiatowych część II, III str. 429—438, nakazująca wójtom gmin:

Pilnie baczyć, by wszystkie dzieci przed upływem roku miały zaszczepioną ospę;

Nakazywać zbieranie dzieci w celu dokonania szczepienia w dniu i miejscu przez władzę wyznaczonym;

Poświadczać i doręczać rodzicom, krewnym lub opiekunom swiadectwa, wydane przez lekarzów i stwierdzające dokonanie szczepienia;

Przedstawić naczelnikowi powiatu listy dzieci szczepionych, co 3 miesiące.

W razie śmierci dziecka wskutek ospy naturalnej, wójt gminy winien nie pozwalać na odwiedzanie ciała zmarłego, polecić pochowanie zwłok najdalej po upływie 18 godzin od zejścia oraz nakazać spalenie ubrania zmarłego;

Dawać baczenie jaknajpilniejsze, by nikt z lekarzów lub felczerów nie szczepił ospy humanizowanej;

Wykonywać wszelkie polecenie, wydane w celu zapobieżenia szerzeniu się ospy.

Do szeregu obowiązków wójtów gmin włączono nadto dostarczanie bezpłatnych podwód dla osób jadących do gmin w celu szczepienia ospy, jak to widać z art. 827 poleceń komisyi urządzającej.

Prócz tego, wójt gminy obowiązany jest komunikować władzy nazwiska kobiet wiejskich, pragnących się zapisać na 4 miesięczny kurs dla akuszerek przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. (Okólnik komisyi do spraw wewnętrznych, z dnia 28 listopada 1859 roku, za № 6136/47403, postanowienia dla rządu gub. i urzęd. pow. Część II, t. IV, str. 437—441).

W razie, gdy ktoś w obrębie gminy zostanie dotknięty chorobą syfilityczną, wójt gminy odeśle go do najbliższego szpitala powiatowego, przy

którym istnieje oddział weneryczny lub w razie nieistnienia takiego oddziału, do szpitala św. Łazarza w Warszawie. zaopatrzywszy chorego w świadectwo lekarskie. (Okólnik komisyi do spraw wewnętrznych z dnia 1/13 lutego 1862 roku, za № 3729/3282g postan. dla rządu gub i urzędów pow.. cz. II, t. III, str. 478–480).

W razie, gdy ktoś z mieszkańców gminy zostanie pokąsany przez wściekłego psa, wójt obowiązany jest odesłać go na dostarczonej przez gminę podwodzie, do szpitala, o ile chory tego zażąda. Ludzie również mogą się leczyć w domu, pod warunkiem przedstawienia w ciągu 48 godzin od chwili pokąsania zobowiązanie lekarza o podjęciu się przez niego opieki nad chorym, oraz obietnicy doniesienia władzy, jak tylko u chorego spostrzeże objawy wodowstrętu. (Okólnik kom. do spraw wew. z dnia 18/30 września 1864 r., za № 3282/21966, postan. dla rząd. g. i urzęd. pow., cz. II, t. III, str. 535—537). Środki, mające na celu zapobieganie wściekliźnie, patrz par. 274—284 Ust., dla policyi weterynaryjnej, zatwierdzonej przez Radę administracyjną Król. Polsk. 14/26 kwietnia 1844 r.).

Wójt gminy obowiązany jest wreszcie, na zasadzie wydanego w 1847 r. polecenia Rady lekarskiej w Król. Polsk., śpieszyć na pomoc ludziom, którym grozi utrata życia.

Po najściślejszem zbadaniu Królestwa, wątpić wolno powiada Dr. St. Skalski (z Tuszyna), który te prawa przypomina w „Rozwoju“ № 238, czy znaleźlibyśmy choć jedną gminę, gdzieby wójt, obarczony masą obowiązków, a rzdako stojący na wysokości swego stnnowiska, stosował się ściśle do tych przepisów i wyjaśnień.

75. Żegluga w Królestwie Polskiem. Wobec wymagań konwencyi międzynarodowej z 1815-go r. o żegludze na Wiśle, konwencyi zastrzegającej konieczność dozoru sanitarnego, ministeryum komunikacyi delegowało dra Czirikowa do Królestwa, w celu zapoznania się ze stosunkami sanitarnymi na wszystkich arteryach żeglugi w kraju naszym. Z polecenia więc ministeryum dr. Czirikow zbadał żeglugę na Wiśle, Narwi, Bugu i Warcie i wynik spostrzeżeń swych przedstawił ministeryum.

O krypach, przeważnie budowanych w górze Wisły i przeznaczonych do przewozu materyałów budowlanych, sprawozdanie orzeka, że za pomieszczenie dla obsługi ich, złożonej z 3—5-iu robotników, zarabiających od 2 do $2^1/_2$ rbl. na tydzień bez utrzymania, służy budka ciemna z licznemi szczelinami. Na mieliznach robotnicy ciągną krypy po kilka wiorst, nie pobierając za to wynagrodzenia dodatkowego. Krypy te budowane są przeważnie w Kazimierzu i Zawichoście, a załoga ich składa się z 5-iu robotników otrzymujących za kurs z Zawichosta do Warszawy (347 wiorst) od 10–12 rbl. bez utrzymania; kurs taki trwa od 5 do 6-iu tygodni.

Barki przychodzą przeważnie z Pińska i przeznaczone są do przewozu ładunków zbożowych do Prus. Załoga ich składa się z 3 — 4-ch robotników, pobierających od 15—18 rbl. miesięcznie, bez utrzymania.

Zdaniem dra Czirikowa, zarówno budowa jak i warunki życia robotników o wiele lepsze są na berlinkach pruskich, niż na tutejszych. Robotnicy pruscy otrzymują po 50 marek miesięcznie i utrzymanie, polscy nie więcej niż 18 rb., bez życia. W razie choroby robotnika pruski właściciel berlinki leczy go własnym kosztem, a polski wysadza chorego na brzeg i pozostawia go swojemu losowi, nie troszcząc się o chorego wcale.

Szczególną uwagę poświęcił dr. Czirikow tratwom, których po rzekach Królestwa przepływa do 20,000 rocznie; grają one doniosłą rolę w żegludze tutejszej.

Wynagrodzenie takiego flisaka średnio wynosi od $2^1/_2$ do 3 rb. tygodniowo bez utrzymania i 6 rb. „myta“ po przebyciu tratwy na miejsce przeznaczenia. Przy drożyźnie produktów żywności wynagrodzenie to jest zupełnie niedostateczne; flisacy przymierają zwykle głodem, co fatalnie wpływa na ich zdrowotność a sprzyja chorobom.

W konkluzyi dr. Czirikow kładzie nacisk na konieczność ustanowienia stałego i prawidłowego dozoru lekarsko-sanitarnego nad żeglugą w Królestwie, a mianowicie: w Tykocinie, Zawichoście, Serocku, Płocku, Warszawie i Wrocławiu.

76. Korespondent do „Tygodnia“ z Tomaszowa rawskiego podaje charakterystyczną dla naszych stosunków wiadomość, że w tem mieście niema: ani jednego zakładu kąpielowego, ani jednej łaźni, ani natrysków!

Miasto liczy do dwudziestu tysięcy mieszkańców.

77. „Farmaceuta polski“ podaje opis apteki prowincyonalnej; z tego opisu wynika, że aptekarz rozpaja lud eterem, sprzedawanym w postaci „kropli“ białych, czerwonych (zabarwienie kampeszem); sprzedaż idzie na „kwaterki“ i „półkwaterki“ — jak w szynku.

78. Puszczona w obieg przez monopol wódka 57-stopniowa zdobywa sobie coraz większy zbyt wśród ludu i poczęści wypiera wyłącznie dawniej w Cesarstwie spożywany napój 40°. Podobne zjawisko występuje też w Król. Polskiem. Mianowicie w okręgu warszawskim, w którym prócz wspólnych dla całego państwa 40° i 57°-ej wódki sprzedawano też wódkę 50°, spożycie oddzielnych gatunków stanowiło w odsetkach ogólnej ilości spożytych spirytualiów w r. 1898:

dla wódki 40° 7,5%
„ „ 50°— 9,%
„ „ 57°—48,3%

Gdy w r. 1899 wycofano z obiegu wódkę 50°, ilość sprzedanej 57° wódki wzrosła do 58,1%, a w r. 1900 do 59,5%. Wogóle w Król. Polskiem więcej spożywa się mocniejszych napojów, niż w innych okręgach, tak np. w r. 1900 spożyto

	wódki 40°	wódki 57°
w okręgu północnym	90,3%	8,5%
„ połudn. zach.	89,6%	9,2%
„ Król. Polsk.	13,0%	57,5%

Spożycie skoncentrowanego 80° i 92° alkoholu stanowiło w r. 1898—5,9% i 18,6% ogólnej sumy spożycia. Gdy zaś w roku 1900 zamiast tych napojów wprowadzono w obieg alkohol 90° i 95°, spożywcy alkoholu 80° zmuszeni byli zwrócić się do napoju bardziej skoncentrowanego i ilość sprzedanego 90° alkoholu wyniosła w tym roku 12,1%, a 95° alkoholu — 14,3%. Dodać należy, iż alkohol 90° jest sprzedawany też w drobnych naczyniach po 1/100 wiadra („sotka“) i w tej formie zdobywa sobie u nas szybko popularność. Na ogólną ilość sprzedanego 90° alkoholu rozeszło się go w tych drobnych miarach w r. 1900 w okr. warszawskim 50,8%, a w okr. łomżyńskim 36,4%, a w r. 1901—65,5% i 47%.

(Russkoje Bogatstwo 1903 № 4).

79. Przykład godny naśladowania. W № 91 „Ech płockich i Łomżyńskich“ znajdujemy list otwarty Księdza Aleksandra Brzuzego tej treści:

„Od kilku już lat odbieram stale od jakiegoś doktora Salomona z Berlina zadrukowany arkusz, powiadamiający o dwuch niezawodnych środkach leczniczych, a stwierdzony listami dziękczynnemi wielu jakoby pacyentów.

Pierwszy środek, to jakiś cudowny „balsam“ leczący wszystkie zewnętrzne choroby oczne. Drugi zaś, to niemniej cudowne „antiepilepticum,“ które, jak to wskazuje sama jego nazwa, zostało wymyślone na pognębienie wszelkich chorób epileptycznych: konwulsyi, tańca św. Wita i t. p.

Każdy z tych niezrównanych specyfików, kosztuje tylko 6 rubli, biedni zaś, o ile dołączą wiarogodne zaświadczenia—mogą je otrzymywać po 3 ruble. Jednakże należność łącznie z kosztami przesyłki opłacać trzeba z góry przy zamówieniu listownem i opisaniu cierpienia. Koperta i adres nic nie kosztują, gdyż wynalazca zawsze je załącza.

Otóż niniejszem ośmielam się zapytać sz. panów lekarzy, czy istnieje rzeczywiście w Berlinie, jaki rozgłośny specyalista nazwiskiem Salomon i czy zacytowane a wynalezione wrzekomo przez niego środki, mają jaką taką wartość.

Czynię zaś to za pośrednictwem „Ech,“ gdyż cały ten dr. Salomon wydaje mi się blagierem, a jego cudowne leki zwyczajną blagą. Więc pragnąłbym, iżby w takim razie został on napiętnowanym publicznie, iżby łatwowierni chorzy nie dawali się brać na lep niemieckim wydrwigroszom. Tymbardziej, że na przysłanej przez niego bibule figuruje kilka listów dziękczynnych, podpisanych przez osoby inteligentniejsze. Z pewnością są one podstawione, gdyż naprzykład w Różanie (g. łomżyńska) nie mieszkał i nie mieszka żaden obywatel Antoni Pozorowski, lub w Płocku ks. Jagodziński, lub w Rypinie ks. Porczewski...“

Takie publiczne demaskowanie szalbierzy, okradających ze zdrowia i pieniędzy ludzi nieoświeconych—jest w wysokiem stopniu pożyteczne.

Że w Berlinie niema takiego rodzaju znakomitości, za jaką chce uchodzić ów Dr. Salomon, zbyteczna dodawać.

80. W zeszycie 21-ym „Kroniki lekarskiej“ znajdujemy uwagi w sprawie zawodowej, zasługujące na powtórzenie:

„W czasach ostatnich pisma nielekarskie zajmowały się bardzo — lekarzami. Powód dało zapisanie się studentów w mniejszej, niż zwykle, liczbie na wydział lekarski, co jest naturalnem

następstwem tego, o czem już od dawna wiedzą lekarze: że medycyna chleba dziś dać swym adeptom nie może. A nie może nie dla tego, żeby stosunek liczebny lekarzy do ilości mieszkańców był tak mały, ale dla przyczyn innych: zbytniej filantropii w miastach wielkich, szczególniej w Warszawie, oraz małemu uspołecznieniu ludności poza większemi miastami. Przyczyny zatem leżą poza sferą działalności lekarza i usunąć się tak łatwo nie dadzą.

Co się tyczy pierwszego, winniśmy objaśnić, że nie występujemy bynajmniej przeciw filantropii wogóle i bezpłatnemu leczeniu chorych niezamożnych, przeciwnie, jesteśmy zdania, że pomoc lekarza powinna być jaknajbardziej dostępna dla wszystkich. Występujemy jednak przeciw filantropii, która cały ciężar pracy spycha na lekarzy, nic im zato, lub prawie nic za to nie dając. Oto obrazki:

Dama z pewnem znaczeniem społecznem pisze do lekarza znajomego słodki bilecik z prośbą o odwiedzenie „jej chorego“ niezamożnego i w swojem przekonaniu popełnia czyn szlachetny, zapomina wszakże o tem, że czyn ten spełnia nie ona, lecz lekarz, który czas swój musi poświęcić bezpłatnie, a nadto stracić około 50 kop. na dorożki. Tanim więc kosztem jest o n a opiekunką ubogich, spychając ciężar swych obowiązków na lekarza, ten zaś ostatni wcale nie jest uważany za dobroczyńcę, nikt mu nawet za czas i pieniądze nie podziękuje.

Drugi obrazek. Zakłada się towarzystwo filantropijne w celu leczenia biednych chorych; czy sądzicie, że organizatorzy myślą o wynagrodzeniu lekarza, który naprawdę będzie ponosił ciężary główne i głównie działać będzie—nie, bezpłatna działalność lekarza jest główną podstawą budżetu nowotworzącej się instytucyi. Jaśnie wielmożni i wielmożni opiekunowie zbierać będą znów laury społeczne, lekarz zaś na te laury bezpłatnie pracować będzie.

A inne instytucye? Szpitale obsługiwane przez kilkudziesięciu lekarzy, przeznaczają na pensye lekarskie, mianowicie lekarza naczelnego i 3 ordynatorów razem niecałe 2000 rubli. Cały ciężar tej dobroczynności spada na barki lekarzy, działających li tylko w imię istotnej miłości bliźniego i ukochanej nauki.

Nie będę więcej mnożył przykładów, nie będę wspominał o wyzyskiwaniu pracy lekarskiej na kolejach, w fabrykach, przez znajomych i nieznajomych, jak również o dziwnem pojmowaniu publiczności, czem jest honoraryum lekarza—mówiono o tem już wiele—bez skutku, faktem jest, że gdyby praca lekarzy była wynagradzana skromnie, bardzo skromnie, nikt nie uskarżał by się na nadmiar lekarzy, przeciwnie znacznie większa liczba utrzymać by się mogła. Chcę, aby t. zw. filantropia nie bagatelizowała pracy lekarza, ale oceniała ją tak, jak na to zasługuje. Nikt nie żąda od nauczycielki, aby czas swój w ochronie oddawała darmo, nikt nie żąda od właściciela domu, aby w swym domu dał instytucyi lokal darmo: ci ostatni umieją nawet wyzyskiwać instytucye; ale każdy żąda, aby lekarz pracę swą dawał instytucyom darmo. Dopóki instytucyi tych było mało, praca spadała na starszych, z wyrobioną klientelą lekarzy, którzy dla stosunków przyjmowali posady tego rodzaju; dziś lekarzy pracujących bezpłatnie w instytucyach dobroczynnych liczyć można z górą setkę, a praca ich według obliczeń przedstawia wartość około 100.000 rubli, licząc skromne honorarya za godziny pracy w szpitalach, ambulatoryach i t. p. Sumę tę do tej pory ze swej kieszeni dawali lekarze, ale dawali, dokąd mogli, dokąd na innych polach mogli powetować sobie straty. Reforma dziś jest konieczną, gdyż już braknie amatorów na posady bezpłatne i, powiedzmy szczerze, dopiero wtedy dobrze będzie, gdy ich zabraknie całkiem. Społeczeństwo, które chce uchodzić za dobroczynne, nie powinno znacznej części pracy zwalać na barki jednego tylko zawodu.

Tyle co do Warszawy, toż samo dzieje się w Łodzi, toż samo czynią inne miasta.

Zastrzegam się, abym na chwilę hamował działalność społeczną lekarzy. Znamy wszyscy nazwiska tych, którzy chętnie i zawsze gotowi działać na polu dobra społecznego, chcę tylko uchylić rąbek zasłony z dobroczynności, chcę, aby rzekomi filantropi albo wynagradzali pracę, istotnych działaczy, albo nie zasłaniali istotnych działaczów swemi plecami przed ogółem mało wtajemniczonym.

A prowincya? Znachor, felczer, ksiądz, zacna filantropka ze dworu, aptekarz często — oto konkurenci lekarza. Nic więc dziwnego, że, działając li tylko uczciwie, konkurencyi wytrzy-

mać nie może i z trudem wielkim zdobywa środki do życia.

Oto są przyczyny, dlaczego w kraju, który, według statystyki, mógł by dać utrzymanie jeszcze kilku tysiącom lekarzy, jest ich nadmiar. Czy prędko i czy wogóle przyczyny te ustaną, nie wiemy, sądzę jednak, że dobrze się dzieje, iż na czas pewien liczba lekarzy się zmniejszy, społeczeństwo bowiem nauczy się może przez ten czas więcej cenić pracę lekarzy i pomyśli o tem, że warto członkom swym, którzy dłużej, niż w innych zawodach pracować muszą, którzy życie całe muszą się uczyć, aby zadosyć uczynić powołaniu, zapewnić za tę pracę skromny kawałek chleba, podczas gdy dziś, powiedzmy otwarcie, chleba tego brak wielu, bardzo wielu lekarzom.“

81. Lekarze czy politycy? Na posiedzeniu sejmu szląskiego w Opawie d. 22 b. m. wygłosił poseł polski Michejda mowę, w której żądał, aby lekarze w szląskich szpitalach krajowych rozumieli również język swoich pacyentów.

Tylko w ten bowicm sposób można zapobiedz nieporozumieniom, które w chorobach mogą doprowadzić do katastrof i tylko w ten sposób lekarze zyskają zaufanie ludności leczonej w szpitalach.

82. Niepożądana nowość. Prasa codzienna w Królestwie wolną była dotąd od artykułów pseudo-naukowych, zalecających nowe środki lecznicze, których produkcya — jak wiadomo—stała się zwyczajnem przedsiębiorstwem handlowem. Tę czystość naszej prasy zbrukał warszawski „Goniec poranny,“ który w № 78 ogłosił niby—naukowy artykulik p. t. „Nowy środek usypiający.“ Jest to w zwykła (w pismach niemieckich) reklama fabrykanta o „niepospolitych własnościach“ nowego towaru, który „łączy w sobie wszelkie dodatnie właściwości, jakich od medykamentu takiego daremnie żądano.“

Jest tu mowa o środku nasennym, czyli objawowym; takie właśnie nadają się szczególnie do reklam w postaci naukowego doniesienia o niezwykłym wynalazku, ponieważ może go publiczność sama—bez rady lekarza—stosować. Podano więc i dawkę preparatu.

Jeżeli redakcya „Gońca“ nieświadomie dała się podejść—zwracamy Jej uwagę na to, że podobne reklamy przynoszą szkodę ogółowi i kompromitują prasę.



Komitet redakcyjny:

L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, E. Sonnenberg.

Wydaca: Dr. S. Serkowski. **Redaktor:** Dr S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 5 Ноября 1903. г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.